

Bayerische Ärztezeitung

BAYERISCHES ÄRZTLICHES CORRESPONDENZBLATT

Herausgegeben von Geh. Medizinalrat Prof. Dr. H. Kerschensteiner, München, Geh. Sanitätsrat Dr. A. Stauder, Nürnberg, und Sanitätsrat Dr. H. Scholl, München.

Amtliches Blatt der Bayerischen Landesärztekammer und des Bayerischen Aerzteverbandes (Geschäftsstelle Nürnberg, Karolinenstrasse 1/II, Telephon 23045, Postscheck-Konto Nürnberg Nr. 15376, Bankkonto Bayerische Staatsbank Nürnberg Offenes Depot 32926).

Schriftleiter San.-Rat Dr. H. Scholl, München, Arcisstrasse 4/II. Tel. 58588 und 58589.

Verlag der Ärztlichen Rundschau Otto Gmelin München 2 NW, Arcisstr. 4, Gartenhaus II. Stock. Tel. 596483. Postscheckkonto 1161 München.

Die „Bayerische Ärztezeitung“ erscheint jeden Samstag. Bezugspreis vierteljährlich 4 Mark. — Anzeigen kosten für die 6 gespaltene Millimeterzeile 15 Goldpfennige. — Alleinige Anzeigen- und Beilagen-Annahme: ALA Anzeigen-Aktiengesellschaft in Interessengemeinschaft mit Haasenstein & Vogler A.-G. Daube & Co. G. m. b. H. München, Berlin und Filialen.

N^o 18.

München, 2. Mai 1931.

XXXIV. Jahrgang.

Inhalt: Aerzteschaft und private Krankenversicherung. — Sozialversicherung und Aerzte. — Dauervertreter. — Aerztestand im deutschen Wirtschaftsleben. — Beteiligung des Versicherten an den Arzneikosten. — Zusammenfassung von Arbeitslosenversicherung, Krisenfürsorge und Wohlfahrtserwerbslosen. — Mitgliederbewegung bei den ärztlichen Bezirksvereinen Bayerns. — Vereinsnachrichten: Weilheim-Landsberg-Schongau; Hof. — Zulassungsausschuss des Versicherungsamts Nürnberg. — Vollzug des Luftverkehrsgesetzes. — Dienstesnachrichten. — Arzneimittelkommission München. — Vereinsmitteilungen: Münchener Aerzterverein für freie Arztwahl. — Ehrenbund Deutscher Weltkriegsteilnehmer e. V. — Einladung zum III. Fortbildungskursus über Unfallerkkrankung in Ludwigshafen a. Rh. — Landesverkehrsamt für Tirol. — Bücherschau.

Der Verlag behält sich das Recht des alleinigen Abdrucks aller Originalbeiträge vor, ebenso das Recht jeden Nachdrucks von Sonderabzügen.

Aerzteschaft und private Krankenversicherung.

Vom Vorstand des „Deutschen Ringes“ (Krankenversicherungsverein a. G.), Hamburg, wird uns folgender Aufsatz im Interesse der Aerzteschaft und der privaten Mittelstandsversicherung zur Veröffentlichung zugesandt. Da wir die Bedeutung der privaten Krankenversicherung für die Aerzteschaft von jeher betont haben, bringen wir gerne diesen Aufsatz, um die wichtige Frage der privaten Krankenversicherung wieder in Fluß zu bringen.

Die Schriftleitung.

Man kann damit rechnen, daß bereits 4 Millionen Personen aus freien Stücken Versicherungsschutz für den Krankheitsfall bei den privaten Krankenversicherungsgesellschaften gesucht und gefunden haben. Von den vielen Millionen Mark Beiträgen, welche die Versicherten aufbringen, gelangen etwa 60 Millionen jährlich in die Hände der Aerzte. Ein hoher Betrag, der nicht oft genug der deutschen Aerzteschaft genannt werden kann, besonders dann, wenn von der Bedeutung der privaten Krankenversicherung für den Aerztestand die Rede ist.

Die Zeit scheint vorüber zu sein, in der viele Aerzte in der privaten Krankenversicherung eine lästige Zeitererscheinung sahen, von der man hoffen konnte, daß sie bald verschwinden würde. Es ist auch heute nicht mehr so, daß der Arzt mitleidig mit dem Kopf schüttelt, wenn er hört, daß sein Patient „versichert“ ist. Man glaubt feststellen zu können, daß Äußerungen von Aerzten über den Unwert der privaten Krankenversicherung, die auch insbesondere durch das Verlangen nach zergliederter Rechnung und Angabe der Diagnose hervorgerufen wurden, seltener geworden sind.

Diese Einsicht der Aerzte ist zu begrüßen. Sie hat natürlich ihre Ursachen. — Die wirtschaftlichen Verhält-

nisse sind schwer. Auch die Aerzte spüren die Not der Zeit. Die Sozialversicherung hat Sparmaßnahmen eingeführt, die sich bemerkbar machen, auch die große Privatkundschaft von ehemals ist nicht mehr da, und so ist der Versicherte der privaten Krankenversicherung ein angenehmer Patient. Er stellt gegenüber dem Nichtversicherten, der die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit des Versichertseins bestreitet, den besseren Teil dar, da für den Arzt die Aussicht besteht, sein Honorar sicherer und schneller zu erhalten, was in dieser Zeit viel bedeutet.

Es darf aber auch ausgesprochen werden, daß viele Aerzte ihr Mißtrauen gegenüber der privaten Krankenversicherung aufgegeben haben. Das mag daran liegen, daß die private Krankenversicherung ihr Versprechen gegenüber den Aerzten eingelöst hat. Dieses Versprechen war nichts anderes, als die Freiheit des Versicherten zu gewährleisten. Er sollte unter allen Umständen dem Arzt gegenüber Privatpatient sein. Der Versicherte sollte sich den Arzt seines Vertrauens wählen, und die Versicherungsgesellschaft wollte sich jeder Einmischung in dieses Verhältnis zwischen Arzt und Patient enthalten. — So wurde denn auch seitens der Gesellschaften auf Kontrollmaßnahmen, wie sie bei der Sozialversicherung üblich sind, wie auch auf Nachuntersuchungen durch Vertrauensärzte verzichtet, um nicht den Verdacht eines Eingriffes in die ärztliche Behandlung aufkommen zu lassen.

Es läßt sich hiernach feststellen, daß in dem Verhältnis zwischen Aerzten und privater Krankenversicherung eine Besserung eingetreten ist, vornehmlich aber dadurch, daß die Aerzte den Wert bzw. den Nutzen der privaten Krankenversicherung erkannt haben. Das Verhalten der privaten Krankenversicherungsgesellschaften bot aber auch keinen Anlaß zu Auseinandersetzungen.

Diese jetzige Stellung der Aerzte gegenüber der privaten Krankenversicherung kann noch nicht genügen. Es reicht nicht aus, daß die Aerzte zergliederte Rechnungen ausstellen und die Diagnose angeben. Es gibt Forderungen, welche die private Krankenversicherung an die Aerzte zu stellen hat, die im Interesse der Aerzte, der

Versicherten und der Gesellschaften erfüllt werden müssen, wenn nicht alle Schaden leiden sollen.

Mit Recht wird gesagt, die Aerzte seien im Besitz der Schlüssel zu den Geldschränken der Krankenkassen. Das ist ohne Zweifel auch für die private Krankenversicherung richtig. Hier besteht ja kein Vertragsabkommen zwischen Versicherern und Aerztleverband, hier sind nicht bestimmte Sätze für die Behandlung der Versicherten festgesetzt, hier gibt es keine Kontrolle der Berechnung, hier hat der Arzt das Recht, nach seinem Ermessen die Behandlungskosten festzusetzen. Daß der Arzt nicht nach Laune und Willkür handelt, ist anzunehmen. Er wird — so will es auch seine Standesorganisation — bei Ausstellung der Liquidation lediglich die wirtschaftliche Lage des Patienten berücksichtigen und soll ganz außer Betracht lassen, ob der Patient versichert ist oder nicht. Es soll ihn gar nicht interessieren, welchen Betrag der Patient von seiner Versicherungsgesellschaft auf die Rechnung des Arztes zurückerhält.

So sollte es sein! Daß dieser Zustand nicht oder noch nicht besteht, das wissen die drei Beteiligten, Arzt, Versicherter, Versicherer, ganz gut.

Uebersetzte Rechnungen, aufgestellt in dem Gedanken, daß der Versicherte einen großen Anteil von seiner Versicherungsgesellschaft zurückerhält, sind keine Seltenheit. Rechnungen, die den Stempel einer überflüssigen, durch nichts gerechtfertigten Vielbehandlung tragen, weil der Behandelte versichert ist, sind häufig. — Und nun die vielen Fälle, in denen der Arzt angegangen wird, dem Patienten Gefälligkeiten zu erweisen. Wenn z. B. versucht wird, zu Ungunsten der Versicherung die Rechnung zu ordnen, die Behandlungstage zu verschieben, die behandelten Personen zu verwechseln, die Quittung einer Rechnung zu erhalten, obwohl sie noch nicht bezahlt ist, schließlich sich Gefälligkeitsatteste ausstellen zu lassen so handelt nicht nur der Versicherte unehrlich, sondern verleitet auch noch seinen Arzt zu strafbaren Handlungen.

Das sind nur Andeutungen einer ungerechtfertigten Ausnutzung der privaten Krankenversicherung, die aus der Praxis jederzeit bewiesen werden können, und die in ihrer Tragweite kaum erkannt werden. Sie weisen auf die moralische Verantwortung hin, die auf den Aerzten lastet, weil ohne ihre Mithilfe diese Schädigungen der Gesellschaften unmöglich sind.

Es muß verlangt werden, daß die Aerzte sich bei dem Abwehrkampf gegenüber ungerechtfertigten Ansprüchen einschalten, derartige Zumutungen zurückweisen und der Wahrheit dienen. Ein Verlangen, das erfüllt werden kann und wozu wirklich kein Uebermaß von Charakterstärke und Gewissenhaftigkeit gehört.

Das Verhalten der Aerzte ist mitbestimmend für den Bestand der privaten Krankenversicherung. Sie beeinflussen die Ausgabenseite der Jahresabrechnung der Gesellschaften ganz wesentlich, sie können alle Berechnungen der Gesellschaften ins Wanken bringen, aber sie könnten auch die Gesellschaften veranlassen, ihre seitherige Tarifpolitik grundsätzlich zu ändern und ihr zuungunsten der Aerzte eine andere Richtung zu geben.

Es gab Versicherungsunternehmen, die daran zugrunde gingen, daß sie es verabsäumten, Höchstvergütungssätze festzulegen, in dem Glauben, es würden ortsübliche Honorare seitens der Aerzte berechnet werden. Da die Berechnung aber nach dem Grundsatz: „die Versicherungsgesellschaft bezahlt“ erfolgte, konnten die Beiträge die Kosten nicht ausgleichen. Heute ist festzustellen, daß eine Angleichung der ärztlichen Forderungen an die allgemein eingeführten Höchstsätze und damit eine Heraufsetzung der ärztlichen Gebühren erfolgt ist. Wo bleibt der Ausgleich, wenn die Aerzteschaft nicht die wirtschaftlichen Verhältnisse der Versicherten, sondern den Höchstsatz des Vergütungstarifs zugrunde legt. Das kann als Gegenwehr der Gesellschaften die Herabsetzung

der Höchstsätze und eine Einschränkung der ärztlichen und zahnärztlichen Gebühren — bei letzteren sind bereits die Leistungen auf ein Mindestmaß herabgedrückt oder auch fast ganz beseitigt — zur Folge haben. Das liegt aber sicher nicht im Sinne der Aerzte, die auch hieraus gemeinsame Interessen mit der privaten Krankenversicherung feststellen können.

Es wäre zwecklos, wenn die beteiligten Organisationen der Aerzte und der privaten Krankenversicherung diese hier aufgeworfenen Fragen behandeln oder sogar durch Abkommen bereinigen wollten. Das würde zwecklos sein. Jeder Arzt muß erkennen, um was es hier geht: auf seine Haltung kommt es an, er trägt die Verantwortung, er soll nicht ausweichen, wo er Stellung zu nehmen hat. Er muß noch einen Schritt weiter gehen, nicht allein die private Krankenversicherung anerkennen, sondern ihr helfen, damit sie ihre Aufgabe zum Wohle der Versicherten erfüllen kann.

Sozialversicherung und Aerzte.

Von Medizinalrat Dr. Gottlieb Pick, Aussig.

(Fortsetzung.)

II. Wirkungen.

Die bedeutenden Vorteile der SV. liegen auf der Hand. Schutz vor wirtschaftlichem Zusammenbruch im Erkrankungsfalle, Recht auf Krankenbehandlung, die auf gesetzlicher Grundlage durch Beitragszahlung erfolgt und bei Inanspruchnahme keine oder wenigstens keine nennenswerten Auslagen verursacht. Die Entwicklung der SV. erfolgte nach außen ziemlich geradlinig fortschreitend, nach innen viel komplizierter, als es den Anschein hatte; es mußten manche psychische, wirtschaftliche und soziale Hindernisse und Hemmungen überwunden werden, wobei häufig parteipolitische Machtverhältnisse ausschlaggebender waren als sachliche Erwägungen. Im Rhythmus und Tempo wurde manches verfehlt. Deutschland bleibt der Ruhm, als erster Staat die SV. großzügig durchgeführt zu haben; sie hat bahnbrechend gewirkt. Das Ergebnis war über Erwarten günstig, es war ein ununterbrochener Aufstieg in vielfacher Beziehung.

Die Zahl der Mitglieder nahm zu; immer neue Bevölkerungsschichten wurden der SV. einverleibt; sie hatte bald aufgehört eine Arbeiterversicherung in des Wortes engerer Beziehung zu sein, und näherte sich zusehends einer Volksversicherung.

Die Leistungen wurden rasch ausgebaut, namentlich in bezug auf die ärztliche Hilfe hat die SV. viel mehr geboten, als im ursprünglichen Plane vorgesehen war. Dies hat zur Besserung der Gesundheit der Versicherten und der Gesamtbevölkerung wesentlich beigetragen. Man soll sich aber vor der Fiktion in acht nehmen, als ob alle Fortschritte auf diesem Gebiete nur der SV. gutzuschreiben wären. Ein wesentlicher Anteil gebühre den Errungenschaften der Medizin, der günstigen wirtschaftlichen Lage und der Hebung der sanitären Kultur. Auch in Staaten, die die SV. noch nicht eingeführt haben, ist der Stand der Volksgesundheit kein ungünstigerer; ich nenne vor allem Amerika, das die SV. grundsätzlich ablehnt, aber auch Frankreich, das erst jetzt die SV. einführt.

Die rasche Vermehrung der Mitglieder sowie die Steigerung der Leistungen hat eine Zentralisation des Betriebes zur Folge gehabt; die Bürokratisierung schritt in dem Maße vorwärts, als die Selbstverwaltung infolge der großen Massenbetriebe an Bedeutung einbüßte. Dies hat nicht dazu beigetragen, die SV. volkstümlicher und beliebter zu machen; gefühlsmäßig hat sie in vielen Beziehungen versagt. Voll befriedigt waren eigentlich nur zwei Faktoren: die Versicherungsträger und die Versicherungsbehörden, weniger die unmittelbar Beteiligten.

Bei den Versicherten waren die Ansichten und die Stimmung geteilt. In der Ueberzahl sahen sie verstandesgemäß die großen Vorteile, die ihnen in der SV. in gesundheitlicher und wirtschaftlicher Beziehung geboten wurden, ein; es blieben aber gefühlsmäßig viele Wünsche unerfüllt. Nachdem die erste Ueberraschungsfreude abgeklungen, kam die Ueberlegung zu Wort. Das Gesetz gewährt ärztliche Behandlung; der Begriff notwendige Behandlung ist aber sehr elastisch, insbesondere abhängig von dem Stande ärztlicher Wissenschaft, der Entwicklung der Medizin und Heilkunde, auch beeinflusst von den zur Verfügung stehenden Mitteln und den Ansprüchen der Versicherten. Die Fortschritte auf diesen Gebieten gerade in den ersten zwei Jahrzehnten nach Durchführung der SV. brachten es mit sich, daß die Behandlungsmöglichkeiten erweitert, die Ergebnisse wirkungsvoller und zuverlässiger wurden. Die ärztliche Hilfe wurde aber gleichzeitig umständlicher, zeitraubender und kostspieliger. Es sei nur daran erinnert, daß es zu Beginn der KV. noch keine Höhensonne gab, die jetzt so reichlich ihre Strahlen über Gerechte und Ungerechte wirken läßt, und deren Strahlen in den Kassenambulatorien nie untergehen; man kannte damals weder Hormone noch Vitamine, keine vorbeugende noch heilende Serumbehandlung, Radium und Röntgenstrahlen waren noch unentdeckt, Syphilis wurde noch nicht mit Salvarsan, Lungentuberkulose weder mit Gersondiät noch Lufteinblasungen behandelt. An die Möglichkeit, sich Krampfadern auf Kassekosten wegspritzen zu lassen, dachten damals weder Aerzte noch die Versicherten. Es gab damals als Regelbehandlung nicht einmal Spezialärzte.

Es ist selbstverständlich, daß nicht nur nach Recht, sondern auch nach Billigkeit der Versicherte Anspruch auf alle bewährten Heilmittel und Behandlungsarten hat. Schon lange vor dem Krieg hat Herr Fräbldorf, der Vorgänger des Herrn Helmut Lehmann, das Wort geprägt: „Der Kassenkranke muß behandelt werden wie ein Kommerzienrat.“ Es sei dahingestellt, ob die Behandlung, die einem Kommerzienrat zuteil wird, die beste ist; diejenige, die sich auf das Notwendige beschränkt, ist sie nicht.

Viel unangenehme Auseinandersetzungen und Unzufriedenheit haben die einschränkenden Bestimmungen bezüglich Verschreibung der Arzneien mit sich gebracht. Hier eine richtige Grenze zu ziehen, ist praktisch unmöglich. Die Ueberflutung des Marktes mit neuen Spezialitäten und ihre marktschreierische Anpreisung ist richtiger vom kaufmännischen Standpunkt zu beurteilen als von Fürsorge der Volksgesundheit. Aber nichts hal wohl das Verhältnis zwischen Kassenarzt und Kassenkranke so vergiftet als der pflichtgemäße, in vielen Fällen auch sachlich gerechtfertigte Widerstand gegen zu weitgehende Wünsche und Forderungen auf diesem Gebiete. Der Versicherte verlangt nicht nur die neuesten Heilmittel weit über das notwendige Maß, sondern auch überflüssige Stärkungsmittel und mechanotherapeutische Behandlungsarten und faßt es als Rückständigkeit und Vernachlässigung auf, wenn der Arzt zu bremsen versucht. In dieser Beziehung ist lehrreich, was Dworetzy (Moskau) über die Zustände in Sowjetrußland schreibt: „Der Arbeiter betrachtet es als sein unveräußerliches Recht, bei einem Unwohlsein, bei einer, wenn auch leichten, Gesundheitsstörung von den Berufspflichten befreit und womöglich nach einem Erholungsheim oder Sanatorium entsandt zu werden. Er ist im Glauben befangen, daß dies sein gutes Recht ist, und daß kein Arzt befugt sei, dem Proletarier dieses Recht zu nehmen. Den Arzt, der seinem Wunsche nicht sofort willfährt und ohne Widerspruch nachkommt, ist er mitunter geneigt, nicht nur der Verstandlosigkeit, sondern auch feindseligen Verhaltens zu beschuldigen. Er bittet nicht um einen Krankenschein, sondern verlangt ihn. Lehnt der Arzt ab, so wird er mit Vorwürfen überschüttet und mit Tätlichkeiten bedroht.“

So benehmen sich in Rußland die Versicherten gegen die beamteten Kassenärzte. In Deutschland wird die freie Arztwahl für ähnliche Auswüchse verantwortlich gemacht, die in dem System der SV. liegen. Der Versicherte betrachtet den Beitrag zur Krankenversicherung als einen Teil seines Lohnes, der ihm durch die Zwangsversicherung für eine besondere Möglichkeit vorenthalten wurde. Er weiß, daß er diesen seinen Sonderanteil aus dem gemeinsamen Topf nur herauslöfeln kann, wenn er sich krank meldet. Sonst ist er für ihn persönlich dauernd verloren.

Dabei wird es dem Versicherten leicht gemacht, durch die Umwertung des Krankheitsbegriffes in der SV. Derselbe wurde mechanisiert, sein Kennzeichen ist die Behandlungsbedürftigkeit. Krankheit im Sinne der RVO. (Reichsversicherungsordnung) ist jede Aenderung des Allgemeinbefindens, die ärztliche Behandlung erfordert.

Um die Leistungen der KV. zu beanspruchen, muß also untersucht und festgestellt werden, daß eine Gesundheitsstörung vorliegt, die behandlungsbedürftig ist. Ist keine Behandlung nötig, so ist der Versicherte nicht krank. Diese mechanische Begriffsbestimmung der „Krankheit“ erklärt die Ueberarztung und den Arzneihunger. Erst durch die ärztliche Behandlung wird die Gesundheitsstörung zur Krankheit im Sinne der RVO. Es ist einleuchtend, daß dies eine erhöhte Krankheitsbereitschaft bei dem Versicherten auslöst und erhält. Je umständlicher die Behandlung, je teurer die verordneten Heilmittel, desto besser wird nach der mechanisch-materiellen Einstellung des Versicherten die Krankheit behandelt. Es wird dadurch auch eine Kampfbereitschaft um die Leistung erregt, manchmal eine Begehrlichkeitsneurose gezüchtet. Das Hin zum Arzt hat die SV. leicht gemacht, das Los vom Arzt macht sich der Versicherte zeitweise schwer. Es ist unter diesen Umständen nicht verwunderlich, daß manchmal der Anschluß der rechtzeitigen Abmeldung verpaßt wird.

Der Bezug des Krankengeldes vermehrt den Zulauf zu den Aerzten. Auch hier eine mechanische Definition, deren Durchführung viel Kopfzerbrechen macht. Die gesetzliche Bestimmung lautet klipp und klar: Bei Arbeitsunfähigkeit hat der Versicherte Anspruch auf Krankengeld. Die Arbeitsunfähigkeit im Einzelfalle festzustellen, insbesondere den Beginn, die Dauer und das Aufhören ist ein sehr vielgestaltiger und schwieriger Vorgang. Die Gutachtentätigkeit des Kassenarztes ist eine der unangenehmsten, undankbarsten und verantwortungsvollsten Berufstätigkeiten des Kassenarztes. Dadurch wird ihm sozusagen der Schlüssel ausgeliefert zu mehr als der Hälfte der Gesamtausgaben der KV. Es hat sich gar bald ergeben, daß der Krankengeldbezug für manche einen Anreiz bietet, dasselbe auch dann zu beziehen, wenn die strengen gesetzlichen Voraussetzungen nicht zutreffen. Andererseits sind im Gesetze, den Durchführungsbestimmungen und in den gerichtlichen Entscheidungen diesbezüglich recht weite Grenzen gezogen. Der Versicherte hat Anspruch auf den Bezug, solange als durch Arbeit in irgendeiner Art eine Gefährdung der Gesundheit stattfinden könnte. Dies gewährt der Auslegung einen breiten Spielraum und macht es dem Kassenarzt beinahe unmöglich, den Versicherten gegen seinen Willen gesundzuschreiben. Daß er sich im Zweifelsfalle im Bewußtsein seiner Verantwortung für die mildere Auffassung entscheidet, ist bei einem sozial empfindenden Arzt selbstredend. Man ist aber gleich mit dem Vorwurf bei der Hand, daß der Kassenarzt, um sich die Kundschaft zu erhalten, wider seine Ueberzeugung entgegenkommt. Man kann den Versicherten zu Zeiten als einen Menschen bezeichnen, bei dem die ständige Erzeugung des Gesundheitsbewußtseins nicht immer richtig erfolgt. Es geben hierbei eher den Ausschlag nicht die aus der Vorstellung krank zu sein kommenden Zustände, sondern die aus der Tatsache versichert zu sein stammenden.

den Vorstellungen. Hier spielt das Gefühl und das Unterbewußtsein eine Rolle, die in Widerspruch stehen zur mechanischen Definition der Arbeitsunfähigkeit im Gesetze. Zwischen dieser Begriffsbestimmung und der Durchführung in der harten Wirklichkeit bestehen viele Unklarheiten; dies ist die Ursache der Meinungsverschiedenheiten, die auf Rechnung des Kassenarztes gesetzt werden. Praktisch überwog gerade hier die individuelle Selbstsucht des Versicherten über die soziale Selbstzucht.

Durch die SV. erhält das Kassenmitglied einen Rechtsanspruch auf einen arbeitslosen Geldbezug im Falle durch Krankheit hervorgerufener Arbeitsunfähigkeit. Es ist nicht in Ordnung, aber psychologisch sehr begreiflich, wenn auch der Versuch unternommen wird, dieses mühevolle Einkommen sich auch dann zu verschaffen, wenn die Voraussetzungen nicht voll gegeben sind, insbesondere in den Fällen erklärlich, wenn infolge wirtschaftlicher Not, die allerdings nicht durch Krankheit hervorgerufen wurde, dies die einzige Möglichkeit bietet, sich vor dem wirtschaftlichen Zusammenbruch zu schützen. Der Grundsatz der SV., Sicherungen zu bieten gegen gesundheitliche und wirtschaftliche Schäden, muß bei den nicht exakten Begriffen „Krankheit“ und „Arbeitsunfähigkeit“ zu Auswüchsen und Mißbräuchen führen. Das sollten gerade diejenigen, die auf dem Boden der materialistischen Geschichtsauffassung stehen, einsehen und verstehen. Allerdings ist es viel bequemer und politisch vorteilhafter, die Schuld auf die Aerzte abzuwälzen und sie voll verantwortlich zu machen.

Die SV. ist grundsätzlich auf Gegenseitigkeit aufgebaut, in der Wirklichkeit kommt die selbstsüchtige Ueberlegung zu Wort. Dieselbe wird gesteigert durch die erhöhte Empfindlichkeit des wirklichen und vermeintlichen Kranken und die Begehrlichkeit des Scheinkranken. Die Hochspannung des Versicherungsgedankens, die auf dem Marsche war und jetzt durch die Notverordnungen etwas geringer wurde, bildet auch zu Zeiten wirtschaftlichen Niederganges wirtschaftliche Schwierigkeiten. Dann tritt der Fall ein, daß die Zahl der Mitglieder infolge Arbeitslosigkeit sinkt, dadurch sowie infolge der geringeren Löhne die Beiträge geringer fließen, andererseits die Ansprüche steigen, weil bei schlechter Wirtschaft der Gesundheitszustand ungünstiger wird und die SV. zu einer Krisenversicherung wird. Dabei braucht sich der Versicherte in der entschieden Durchsetzung seiner wahren oder vermeintlichen Rechte keine Zurückhaltung aufzuerlegen. Es schadet seinem Ansehen nicht; die restlose Ausnützung aller Möglichkeiten gilt als erlaubt, als klug, ja als selbstverständlich.

Die SV., wie sie gedacht war, setzt Menschen mit optimistischer Weltauffassung voraus; der Kranke aber ist pessimistisch. Die SV. ist auf Gesunde zugeschnitten und für Kranke bestimmt. Durch die Krankheit verändert sich der Mensch; er wird anders in seinem Wesen, seiner Lebensauffassung, seinen Bedürfnissen. Der Kranke ist eigensinnig, denkt nur an sich und seine Krankheit, stellt aber an die Umwelt die höchsten Ansprüche. Sein Geltungstrieb ist herabgesetzt, aber schonungsbedürftig. Die Gleichheit läßt sich mit kranken Menschen nicht durchführen, der Risikenausgleich wird durchbrochen.

Das Gleichheitsstreben ist sozial, die Sucht nach Ungleichheit individuell. Der Kranke ist persönlich mehr auf seinen Vorteil bedacht als er Rücksicht nimmt auf die Gesamtheit. Als psychologisch beherrschendem Faktor stellt sich beim Kranken Mißtrauen gegen alle ein, das sich in erster Linie auf den Arzt überträgt. Die SV. ist auf Rücksicht aufgebaut; von einem Menschen, dessen gesundheitliches Gleichgewicht gestört ist und der vor dem wirtschaftlichen Nichts steht, kann man keine Rücksicht verlangen. In dieser Gegenüberstellung liegt der psychologische Fehler der KV.

Die Aerzte waren auf die neuen und schwierigen Aufgaben, welche ihnen die SV. stellte, weder vorbereitet noch denselben gewachsen; sie unterschätzten die Veränderungen und Schwierigkeiten. In den ersten zwei Jahrzehnten der Durchführung der SV. trat gleichzeitig ein Umschwung in der Medizin ein, der eine Umstellung in vielen Belangen der Heilbehandlung zur Folge hatte und die volle Aufmerksamkeit des Arztes in Anspruch nahm. Zur Zeit der Einführung der SV. in der Uebergangszeit und auch heute ist die Medizin nicht so mechanisch und exakt, weder in der Diagnose und Behandlung noch in der Begutachtung, um die materialistisch und mechanisch vorgesehene und durchgeführte SV. reibungslos zu erledigen. Die Aerzte haben es mit relativen Begriffen zu tun und müssen exakte Anordnungen erteilen und bestimmte Entscheidungen treffen, eine beinahe unlösbare Aufgabe. Die Medizin ist keine rein mechanische Betätigung, sie kann aber auch nur psychologisch eingestellt nicht restlos befriedigen. Durch die Verbindung der SV. mit der Volkswirtschaft wurde die glatte Erfüllung der ärztlichen Aufgaben weiter erschwert. Die Wirtschaft denkt materiell, die Probleme der Medizin sind gleichzeitig materiell und ideell. Die aktive Autorität des Arztes hat durch die KV. Schaden gelitten, trotzdem ihm viel weitergehende Pflichten und Leistungen zugemutet werden. Das Gleichgewicht zwischen Geltungstrieb und Schutzbedürfnis ist gestört. Er kann bei dem besten Willen nicht alle Ansprüche erfüllen, weder die berechtigten noch weniger die beehrlichen. Dies mindert sein Selbstvertrauen; andererseits werden an die Sicherheit seines Auftretens die höchsten Anforderungen gestellt. Er muß daher zur Flucht in die äußere Bestimmtheit greifen bei innerer Unsicherheit.

Durch die SV. wurde die Behandlungsbedürftigkeit gesteigert, so daß die Kassenärzte viel größeren Zuspruch hatten. Es handelt sich dabei viel mehr als früher um Erkrankungen leichter Art, sogenannte Bagatellfälle. Dies minderte das Verantwortungsbewußtsein und verleitete manchmal zu Oberflächlichkeit. Andererseits konnte sich der Arzt nicht darauf verlassen, daß die angegebenen Beschwerden zuverlässig sind. Dadurch wurde die Untersuchung umständlicher. Die Diagnose „nichtkrank“ ist die schwierigste. Die Lage gestaltete sich schwieriger, weil die Aerzte unter nicht angemessenen Bedingungen zur Kassentätigkeit zugezogen wurden und die Bezahlung unzureichend war. Anfangs in Unkenntnis des Umfanges der kassenärztlichen Tätigkeit, später mit Bedacht, weil man unterdessen erfahren hatte, daß Aerzte um jeden Preis zu haben waren. Die weitere Folge hiervon war Vielgeschäftigkeit und Massenbehandlung (Kassenlöwen). Dies befriedigte weder den Arzt noch den Kranken, genügte höchstens den Beehrlichen in beiden Lagern und machte Kontrolle nötig. Dadurch wurde eine neue, bisher ungekannte Einrichtung in die ärztliche Behandlung getragen, welche die Unbefangenheit des Arztes herabsetzte und die Gegenseitigkeit weiter minderte.

Unangenehm verschärft wurde der Zustand durch die Gutachter Tätigkeit; dadurch erhielt die Berufsausübung einen wesensfremden Zug. Früher war der Arzt Retter und Helfer; jetzt wurde er auch Scheckschreiber, übte also eine ausgesprochen kaufmännische Tätigkeit aus. Gerade diese Betätigung hat viel zur Bürokratisierung der Kassenärzte beigetragen, und der Kassenarzt kam trotzdem aus den Skrupeln und Reibungen nicht heraus. Die Arbeitsunfähigkeit wurde als objektiver, sozusagen mathematisch feststellbarer Begriff in das Gesetz mitaufgenommen; diese Annahme traf aber in Wirklichkeit nicht zu. Hier klaffte eine breite Schlucht zwischen Theorie und Praxis. Auch dieser Widerspruch wurde auf dem Rücken der Aerzte ausgetragen.

Dabei war der Arzt auf sich allein angewiesen. Eine einheitliche Organisation, die sich der gemeinsamen Be-

lange angenommen und sich schützend vor den einzelnen Arzt gestellt hätte, bestand damals nicht. So mußte der Kassenarzt gegenüber den planmäßigen sozialen Gemeinsamkeiten den kürzeren ziehen. Diesem Uebelstand wurde erst abgeholfen, als die Zustände unerträglich geworden und vieles, was verabsäumt, nicht mehr gutzumachen war. Das Ziel des ärztlichen Zusammenschlusses war vor allem ein ideelles, die Erhaltung der Berufsfreiheit, die seit Beginn der SV. gefährdet war, weiters die Besserung der wirtschaftlichen Lage der Kassenärzte. Dieses Ziel wurde mit den Mitteln erstrebt, welche die gewerkschaftlichen Arbeiterorganisationen im Kampfe um bessere Löhne mit Erfolg angewendet hatten. Allerdings mußten erst psychische Hemmungen überwunden werden, weil die gewerkschaftlichen Kampfmittel bei Einsicht ihrer Notwendigkeit den bisherigen Anschauungen der Aerzte nicht entsprachen. Es gelang dank der Tüchtigkeit und Entschiedenheit des Anregers und Führers (Hartmann), diesen Zwiespalt zu überwinden. Die Anfangserfolge waren bemerkenswert: Einführung der freien Arztwahl bei vielen Kassen, Besserung der Bezahlung, Einfluß auf den Vertragsabschluß. Als Wesentliches, daß die zusammengeschlossene Aerzteschaft ein Faktor wurde, den man nicht unbeachtet beiseite liegen lassen konnte. Dies hielt bis zum Kriege an. Knapp vor dem Kriege gelang es den besser organisierten und gerisseneren Gegenspielern, durch das sogenannte Berliner Abkommen den Einfluß der Aerzteorganisation zu schwächen. Nach dem Kriege wurde der Aerzteschaft zum Dank dafür, daß sie im Kriege durch aufopfernde Pflichterfüllung Hervorragendes geleistet und zur Zeit der Inflation die KV. vor dem Zusammenbruch gerettet, indem sie die ärztliche Behandlung bei beinahe entwerteter Bezahlung leistete, durch die erste Notverordnung 1923 weiter wehrlos gemacht. Die in der letzten Zeit erlassene II. und III. Notverordnung (1930, 1931) hat die Aerzteschaft entrechtet und unter Ausnahmebestimmungen gestellt.

Es war das allgemeine Streben, abhängige, gefügige Aerzte in der SV. zur Verfügung zu haben; dies die Ursache der Unsicherheit der Stellung, der Rechtsunsicherheit, der unzureichenden Bezahlung. Der freie Arzt soll wirtschaftlich verelenden, seelisch zermürbt werden. Arbeitgeber und Arbeitnehmer vergessen, wenn es sich um Kassenärzte handelt, ihren gegensätzlichen Kassenstandpunkt und sind darin einig, daß der Kassenarzt in der Bezahlung kurz gehalten werden soll und in seiner Berufstätigkeit unter strenge Aufsicht zu stellen ist.

Die Lage wird erschwert, weil unter den Aerzten, abgesehen von der parteipolitischen Einstellung, keine Einheitlichkeit besteht. Der Leipziger Aerzteverband wurde ja zur Erhaltung bzw. Durchsetzung der freien Arztwahl gegründet und ist dieser Losung treugeblieben.

Wieweit ihm hierin die Aerzteschaft innerlich folgt, läßt sich nicht leicht feststellen. Liek hat sich früher gegen die freie Arztwahl ausgesprochen und ist für den staatsbeamteten Kassenarzt eingetreten. Stappert schreibt: „Bei der freien Arztwahl läßt sich leben, beim beamteten Arzt auch.“ Eine freie Arztwahl, bei der der ärztliche Nachwuchs dauernd von der Kassenbetätigung ausgeschlossen ist, was in Deutschland seit Jahren der Fall ist und durch die Notverordnungen noch verschärft wird, ist unerträglich und unhaltbar. So paradox es klingt, sind im allgemeinen die Kassenmitglieder im Einzelfalle für den freien Arzt. Das Subjektive und Individuelle jeder Krankheit gibt bei Bedarf dem Arzt, der persönlich an dem Kranken Anteil nimmt, den Vorzug vor dem Heilbeamten, für den er nur ein Fall und eine Nummer ist. Dies ist auch ein Grund, warum die Kassenverwaltungen nicht entschieden Front gegen die freie Arztwahl nehmen; allerdings sind sie mit ihren Vorbereitungen für Sozialisierung des Heilarztes noch nicht fertig und halten sich auch deshalb vorläufig zurück.

Bis dahin geht man gemäß dem Grundsatz „Teile und herrsche!“ unter sozialer Flagge gegen die Aerzte unsozial vor. Das Gesetz der Zahl ist gegen die Aerzte. Für die Berufsausübung sind wir zu viele, um parteipolitischen Einfluß zu gewinnen, viel zu wenige. Die Zeit eines gewaltigen wissenschaftlichen Aufschwunges, einer bedeutenden Erweiterung des beruflichen Betätigungsbereiches und kaum geahnter Heilerfolge bringt gleichzeitig ein Schwinden des Ansehens, drohenden Verlust der Selbständigkeit und wirtschaftlichen Niedergang. Bei allem guten Willen und dem Bestreben, sich den neuen Verhältnissen anzupassen, können es die Aerzte, mit Ausnahme der Kranken, niemandem recht machen. Man steht ihren Wünschen, Forderungen und Bestrebungen verständnislos gegenüber, sie werden immer einsamer. Ihre alterarbeitete und wohlverdiente Stellung in der Gesellschaft haben sie verloren und sind ein Spielball der politischen Machtverhältnisse. Sie sind zu schwach, um eine entsprechende Stellung zu erringen, ohne Mitbestimmung wird über die ärztliche Arbeitskraft unter unangemessenen Voraussetzungen und Bedingungen verfügt. Sie stehen zwischen dem, was ist, und dem, was sein soll. In dem Aerztestand erfüllt sich die Tragik des Gegensatzes zwischen dem denkenden Menschen und der mechanisierten Arbeit. (Fortsetzung folgt.)

Dauervertreter.

Der Aerzteverband der Provinz Brandenburg e. V. hat an die Württembergische Aerzteorganisation auf Anfrage in dieser Sache folgendes mitgeteilt:

„Wir haben mit einem Anstellungsvertrage vom 1. Januar 1931 ab vier Kollegen als Dauervertreter für die Aerzte unseres Verbandes verpflichtet, die sich dieser Einrichtung angeschlossen haben, und es herrscht dauernd eine so rege Nachfrage nach ihnen, daß wir am 1. April 1931 einen fünften Kollegen einstellen müssen. Das ist begreiflich, da etwa 100 Kollegen Mitglieder dieser Vertretungsgemeinschaft geworden sind, zu deren Verwaltungskosten sie 1 M. monatlich beitragen. Bisher übertraf die Nachfrage bei weitem das Angebot, so daß wir uns wiederholt um Aushilfskräfte für dringende Fälle bemühen mußten.

Die Auswahl unter den über 100 Bewerbern erleichterten wir uns durch Ziehung einer Altersgrenze nach unten wie nach oben sowie durch Forderung ausreichender Erfahrung in Geburtshilfe einschließlich Abortbehandlung, Röntgenfilmlesen, Führerschein und Vertretertätigkeit außerhalb der Großstadt. War diesen Forderungen genügt, so verlangten wir Zeugnisse und fragten vorher vertretene Kollegen an, ob sie den Vertreter wieder nehmen würden, was gelegentlich trotz guten Zeugnisses verneint wurde.

Haftpflicht- und Unfallversicherung übernahm der Verband. Die Abrechnung wird dem Vertretenen grundsätzlich dadurch abgenommen, daß sein Verein uns die Zahl der Vertretungstage mitteilt und an uns 20 M. für den Tag zahlt. Alle Klagen und Beschwerden gehen über unsere Geschäftsstelle, und nach Abschluß der Vertretung hat uns der Vertretene einen Fragebogen ausgefüllt zu übersenden.

Urlaub für den Vertreter haben wir nicht vorgesehen, weil wir auf Zwischenschaltung arbeitsfreier Zeit in den Monaten rechneten, in denen weniger gereist wird. Diese Annahme scheint sich als irrig zu erweisen, so daß wir den Vertretern möglichst einige Tage Pause nach Ablauf einer längeren Vertretung gönnen.

Die Dauer der Einrichtung gestattet ein abschließendes Urteil kaum; doch glauben wir, daß Vertreter und Vertretene im allgemeinen zufrieden sind — ungehalten sind natürlich die unversorgt bleibenden Kollegen. Den

Hauptvorteil sehen wir darin, daß wir die Vertreter genau kennenlernen, und daß sie sich aus Furcht, entlassen zu werden, unsere Wünsche zu erfüllen bemühen. Der Hauptmangel ist, daß nicht einer allen gefällt, doch haftet dieser ja auch der freien Auswahl aus mehreren Bewerbern an und wird sich bei keinem System vermeiden lassen.“

Anmerkung der Schriftleitung: Es wäre sehr erwünscht, wenn die Herren Kollegen zu dieser wichtigen Frage Stellung nehmen würden.

Aerztestand im deutschen Wirtschaftsleben.

Aus den Erhebungen des Statist. Reichsamtes.

Das Statistische Reichsamt befaßte sich bei seinen Erhebungen bisher nicht mit den freien Berufen, und es ist jetzt das erstemal, daß Zahlenangaben über den Aerztestand veröffentlicht werden. Diese Angaben beziehen sich auf den Umsatz der Aerzte im Deutschen Reiche und geben somit ein Bild von der großen volkswirtschaftlichen Bedeutung auch der freien Berufe. Die Erhebungen stellen fest, daß der Umsatz der Aerzte im Jahre 1927 rund 540 Millionen Mark betrug, dabei wurden in diesem Jahre im ganzen Reiche 34803 Aerzte gezählt. Sie hatten eine Umsatzsteuer von rund 1700 Millionen Mark aufzubringen, d. h. der steuerpflichtige Umsatz betrug etwa 230 Millionen Mark. Im Vergleich zu dem Gesamtumsatz von 540 Millionen Mark bedeutet das, daß etwa 57 Proz. oder 310 Millionen Mark steuerfrei waren. Dieser steuerfreie Umsatz bezieht sich in erster Linie auf die Krankenkassen, die namentlich in den Industriebezirken einen beträchtlichen Umsatz aufweisen.

Interessant ist die Verteilung des Umsatzes. Es sind nur sehr wenige Einzelumsätze der Aerzte, die über 20000 M. hinausgehen. Etwa 600 Aerzte hatten einen Umsatz, der höher war als 50000 M., und nur 140 einen solchen von mehr als 100000 M. Es ist erklärlich, daß die großen Umsätze nur in Großstädten erzielt wurden, und zwar in Berlin, Dresden, Hamburg und München, dort gab es sogar Aerzte, die Umsätze von über 100000 Mark erzielten. Demgegenüber gab es rund 600 Aerzte, deren Umsatz nicht einmal 5000 M. überschritt.

Nach den statistischen Erhebungen ergibt sich für den Aerzteberuf ein Durchschnittsumsatz von rund 15000 M. Gemessen an anderen Berufen, besonders an den Gewerben, ist das sehr minimal. Im Bäckereigewerbe z. B. ist der Durchschnittsumsatz rund 26000 M., im Fleischergewerbe sogar rund 55000 M. Rechtsanwälte und Notare haben einen Durchschnittsumsatz von rund 24000 M., Apotheker einen solchen von rund 60000 M. Diese Durchschnittsumsätze, besonders die der Aerzte, sind jedoch nicht in jeder Gegend gleich. In Ostpreußen z. B. ist der Umsatz 12776 M., in Schaumburg-Lippe 22200 M., in Wiesbaden 11836 M. und in Ludwigshafen beispielsweise 27273 M. Mitteldeutschland und Westdeutschland erzielen im allgemeinen höhere Durchschnittsumsätze als das Gebiet östlich der Elbe und südlich des Mains. Von den Städten stehen hinsichtlich des Durchschnitts an der Spitze Ludwigshafen, Oberhausen, Hamborn, Mülheim und Plauen, die geringsten Durchschnitte aber weisen Wiesbaden, Köln, Hindenburg, Berlin und München auf. In Wiesbaden kommen auf 10000 Einwohner 17 Aerzte, in München 14, in Berlin 10, während in Hamborn auf die gleiche Anzahl Einwohner nur 3 und in Ludwigshafen nur 5 Aerzte kommen.

Eine Beteiligung des Versicherten an den Arzneikosten findet nicht statt, wenn der Versicherte auf Anordnung der Krankenkasse in einem Krankenhaus behandelt wird.

Ein Oberversicherungsamt hatte angefragt, ob § 182 a der RVO. in der Fassung der Verordnung des Reichspräsidenten zur Behebung finanzieller, wirtschaftlicher und sozialer Notstände vom 26. Juli 1930 (RGBl. I, S. 311) dann Anwendung finde, wenn ein Versicherter auf Anordnung der Krankenkasse in einem Krankenhaus behandelt werde. Das OVA. hielt in diesem Falle die Vorschrift für nicht anwendbar, weil nicht der Versicherte, sondern das Krankenhaus die Arznei-, Heil- und Stärkungsmittel abnehme und die Kosten dafür den Krankenkassen unmittelbar in Rechnung stelle.

Der Reichsarbeitsminister ist in einem Erlaß vom 5. Dezember 1930 (II a 11685/30) dieser Auffassung beigetreten, die sich mit dem Bescheid des Preussischen Ministers für Volkswohlfahrt vom 20. Dezember 1930 deckt.

(Die Ersatzkasse 1931, Nr. 4.)

Zusammenfassung von Arbeitslosenversicherung, Krisenfürsorge und Wohlfahrtserwerbslosen.

Bkk. Der Deutsche Städtetag hielt am 29. April in Berlin eine Vorstandssitzung ab, die sich mit Fragen der Wohlfahrtspflege befaßte. Das Problem der Wohlfahrtserwerbslosen spielte dabei in den Verhandlungen eine besondere Rolle, weil die gemeindlichen Haushalte durch die Weigerung des Reiches, den Städten Zuschüsse für diesen Zweck zu geben, dauernd gestört blieben.

Von der heutigen Lage aus gesehen sind aber noch ein paar besondere Bemerkungen zu diesem Kapitel am Platze. In den ersten Tagen des April konnte man allenthalben lesen, daß nach den Berichten der Landesarbeitsämter eine zum Teil erhebliche Entlastung des Arbeitsmarktes eingetreten sei. Bei näherem Zusehen muß man diese Berichte mit größter Vorsicht entgegennehmen, da sie zum Teil die wirklichen Verhältnisse gar nicht treffen. Es ist schon erklärlich, daß bei der Reichsanstalt infolge der Aussteuerung der Krisenfürsorgeempfänger eine ganz erhebliche Entlastung festgestellt werden konnte, da diese am 28. März aus der Krisenfürsorge ausgeschieden, also bei der am 31. März stattgefundenen Zählung nicht mehr als in der Krisenfürsorge befindlich gezählt wurden. Aber auch bei der am gleichen Tage vorgenommenen Feststellung der Wohlfahrtserwerbslosenziffer wurden diese Ausgesteuerten, da sie an diesem Tage noch nicht von der Wohlfahrtspflege betreut wurden, nicht mitgezählt, so daß die am 1. April vorliegende Statistik ein völlig falsches Bild ergibt. Mag die Reichsanstalt durch den Ablauf der Fristen in der Krisenfürsorge eine merkliche Entlastung erfahren haben, die Zahl der Wohlfahrtserwerbslosen ist in gleichem Maße gestiegen, ohne daß dies bei der Zählung am 1. April beachtet worden wäre. Erst die nächsten Statistiken am Ende des April werden ergeben, wie es damit in Wirklichkeit steht. Eins aber hat die festgestellte Tatsache erneut erwiesen: die Notwendigkeit der Zusammenfassung von Arbeitslosenversicherung, Krisenfürsorge und Betreuung der Wohlfahrtserwerbslosen. Schon rein finanzielle Gesichtspunkte fordern eine alsbaldige Lösung des Problems, von der das Wohl und Wehe vieler Gemeinden um so mehr abhängt, als sie nicht nur nicht an der behaupteten Entlastung des Arbeitsmarktes Anteil haben, sondern sogar durch den erwähnten Ablauf der Fristen in der Krisenfürsorge ganz erheblich mehr belastet worden sind.

Deutsche, kauft deutsche Waren!

Bayerische Landesärztekammer.

Mitgliederbewegung bei den ärztlichen Bezirksvereinen Bayerns:

A. Niedergelassen:

1. Dr. Oskar Reichard, geb. 1905, appr. 1930, als prakt. Arzt in Muggendorf, BA. Ebermannstadt, im Januar 1931.
2. Dr. Karl Hagen, geb. 1901, appr. 1927, als prakt. Arzt in Mühlhausen. BA. Höchststadt a. d. A., im Februar 1931.
3. Dr. Ed. Bulle, geb. 1892, appr. 1919, als prakt. Arzt in Solln, BA. München, im März 1931.
4. Dr. Karla Eichhorn, geb. 1899, appr. 1926, als Ass.-Aerztin in Egfling, BA. München, im Februar 1931.
5. Dr. Hans Engelhardt, geb. 1892, appr. 1928, als prakt. Arzt in Allach, BA. München, im Februar 1931.
6. Dr. Adolf Nagel, geb. 1888, appr. 1913, als Pol.-Med.-Rat in Fürstenfeldbruck, BA. München, im Januar 1931.
7. Dr. Walter Stitzinger, geb. 1895, appr. 1913, als Volontärarzt in Pasing, BA. München, im März 1931.
8. Dr. Rudolf Syller, geb. 1895, appr. 1923, als Facharzt für Chirurgie und Frauenkrankheiten in Neumarkt i. d. Opf. am 7. März 1931.
9. Dr. Joseph Baumeister, geb. 1893, appr. 1924, als prakt. Arzt in Augsburg am 1. März 1931.
10. Dr. Friedrich Schindler, geb. 1905, appr. 1930, als prakt. Arzt in Augsburg am 1. Februar 1931.
11. Dr. Hermann Sixt, geb. 1896, appr. 1922, als Facharzt für Chirurgie in Augsburg am 20. Februar 1931.
12. Dr. Georg Zeitler, geb. 1900, appr. 1927, als Facharzt für innere Medizin am 31. März 1931.
13. Dr. Hermann Pfannmüller, geb. 1886, appr. 1912, als Med.-Rat in Kaufbeuren am 31. März 1931.
14. Dr. Lothar Gärtner, als Assistenzarzt in Kaufbeuren am 1. Januar 1931.
15. Dr. Georg Egger, geb. 1885, appr. 1912, als prakt. Arzt in Mellrichstadt am 1. Januar 1931.
16. Dr. Eugen Dorner, geb. 1900, appr. 1925, als prakt. Arzt in Bad Tölz am 1. Januar 1931.
17. Dr. Franz Limbourg, geb. 1900, appr. 1926, als Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten in Würzburg im März 1931.
18. Dr. Ferdinand Lebermann, geb. 1899, appr. 1924, als Facharzt für innere Krankheiten in Würzburg im März 1931.

B. Verzogen:

1. Dr. Eugen Dorner, geb. 1900, appr. 1925, von Obermenzing nach Bad Tölz am 1. Januar 1931.
2. Dr. Paul Schneider, geb. 1881, appr. 1905, von Solln nach Tiefenort a. d. Werra am 31. März 1931.
3. Dr. Rainer Neher, geb. 1902, appr. 1927, von Planegg nach München am 19. Januar 1931.
4. Dr. Ernst Bach, geb. 1899, appr. 1925, von Augsburg nach München am 31. März 1931.
5. Dr. Stephan Kirchholz von Neustadt a. d. H. nach Frankfurt a. M. am 31. März 1931.
6. San.-Rat Dr. Karl von Heinleth, appr. 1890, von Bad Reichenhall nach Frasdorf, BA. Rosenheim, am 31. März 1931.
7. Dr. Max von Kremplhuber von Eggtham nach Wurmannsquick, BA. Eggenfelden, im Februar 1931.
8. Dr. Gustav Diruff von Wurmannsquick nach Eggtham, BA. Pfarrkirchen, im Februar 1931.
9. Dr. Karl Kümmerth, geb. 1887, appr. 1914, von Mellrichstadt nach Wunsiedel am 1. Januar 1931.
10. Dr. August Schröfl, appr. 1899, von Gemünden nach Rosenheim am 31. März 1931.
11. Dr. Kurt Migeod, geb. 1893, appr. 1922, von Bad Tölz nach Berlin am 1. Januar 1931.

12. Dr. Gallus Bauer, geb. 1880, appr. 1906, von Würzburg nach Bad Nauheim am 30. März 1931.

C. Gestorben:

1. Dr. Joseph von Schleiss, geb. 1872, appr. 1899, in Egfling b. München am 19. März 1931.
2. Dr. Anton Schelter, geb. 1875, appr. 1902, in Obermenzing, BA. München, am 8. April 1931.
3. Dr. Theodor Müller, geb. 1882, appr. 1908, in Augsburg am 27. Januar 1931.
4. Dr. Heinrich Bollenhagen, geb. 1872, appr. 1895, in Würzburg am 20. Februar 1931.

D. In den Ruhestand getreten:

1. Dr. Jakob Stuhlberger, geb. 1867, appr. 1898, in Dachau, BA. München.
2. Dr. Adam Hofmann, geb. 1860, appr. 1893, in Würzburg.

Vereinsnachrichten.

(Originalbericht der Bayerischen Aerztezeitung.)

Aerztlicher Bezirksverein Weilheim-Landsberg-Schongau.

(Sitzung am 22. April in Weilheim.)

Vorsitz: Sanitätsrat Dr. Stöberl.

Im ersten Teile der Versammlung berichtet Herr Dr. Luber (München) über die „Bayerische Aerztleverversorgung“ in ausführlichem Vortrage. Für die wertvolle Aufklärung dankt der Vorsitzende dem Redner bestens.

Im zweiten Teil wird zunächst der Antrag Dr. Dupré (Frankental) zur Abstimmung gestellt. Der Antrag wird abgelehnt.

Unter dem Punkte „Verschiedenes“ folgen Erörterungen über die Beiträge zum Bezirksverein und zum Deutschen Aerztlebund, weiterhin über das neue Betäubungsmittelgesetz.

Schluß der Sitzung 16¹/₂ Uhr.

Illgen.

Aerztlicher Bezirksverein Hof.

(Sitzung vom 18. April. — Referat über den Stand der Aerztlichen Pensionsversicherung.)

Auf Anregung des Aerztlichen Bezirksvereins Hof und dank dem Entgegenkommen der Bayerischen Aerztleverversorgung erstattete Herr Regierungsrat Dr. Luber (München) vor einer zahlreich besuchten Aerztleversammlung, der auch die Tierärzte und Zahnärzte des Bezirkes Hof beiwohnten, ein ausführliches Referat über den gegenwärtigen Stand der Aerztlichen Pensionsversicherung. In übersichtlicher Gliederung des Stoffes gab der Vortragende über alle aus der Pensionsversicherung erwachsenden Ansprüche genaue Aufschlüsse, die um so beachtlicher sind, als es bisher an einer zusammenfassenden Darlegung aller Belange dieser Anstalt mangelte. Das vom Referenten in Aussicht gestellte baldige Erscheinen kommentierter Satzungen der Aerztlichen Pensionsversicherung, mit denen alle Aerzte beliefert werden sollen, ist darum besonders zu begrüßen. — Aus den Erläuterungen über die verschiedenen Verwaltungs- und Leistungsfragen der Versicherungsanstalt darf mit Befriedigung entnommen werden, daß die Aerztliche Pensionsversicherung in der Lage ist, die bayerische Aerzteschaft jetzt wie künftig in allen vorkommenden Fällen vor Not zu schützen. Es muß indes betont werden, daß dies nur möglich ist und bleibt bei gewissenhafter Erfüllung der Beitragspflicht aller Aerzte durch regelmäßige und pünktliche Abführung der 7 Prozent des Reineinkommens, worunter das gesamte Privat- und Kasseneinkommen nach Abzug der Werbungskosten zu verstehen ist. So empfindlich sich die allgemeine steuerliche Belastung auch des Aerztestandes sich auswirkt, so muß doch an

dieser Aufgabe festgehalten werden, wenn anders der Zweck der Aerztlichen Pensionsversicherung erfüllt werden soll. Es läge im Interesse aller bayerischen Bezirksvereine, tunlichst häufig von der Bereitwilligkeit der Versicherungsanstalt zur Erstattung aufklärender Referate Gebrauch zu machen, wie denn auch der Aerztliche Bezirksverein Hof das Referat des Herrn Dr. Luber beifällig und mit Dank aufgenommen hat. Seiffert.

Bekanntmachung.

Der Zulassungsausschuß im Bezirke des Städt. und Staatl. Versicherungsamts Nürnberg hat in seiner Sitzung vom 8. April einstimmig beschlossen,

1. den prakt. Arzt Dr. Egerer in Nürnberg, Katzwangerstraße 80, auf die Bahnarztstelle im Bezirke 15 in Nürnberg;
2. den prakt. Arzt Dr. Heinz Schauwecker in Nürnberg, Gothaer Straße 1, auf die Bahnarztstelle im Bezirke 12 in Nürnberg zuzulassen.

Des weiteren werden innerhalb der Normalzahl zur Kassenpraxis zugelassen:

3. der Facharzt für Chirurgie und Orthopädie Dr. Ferd. Bauer II in Nürnberg, Umlandstraße 20, und
4. der Facharzt für Nervenkrankheiten Dr. Robert Odenwald in Nürnberg, Obstgasse 2.

Die Gesuche der übrigen um Zulassung zur Kassenpraxis in Nürnberg sich bewerbenden und im Arztregister eingetragenen Aerzte mußten, obwohl die allgemeinen für die Zulassung geltenden Voraussetzungen erfüllt waren, abgelehnt werden, da nach den für die Auswahl der zuzulassenden Aerzte gemäß § 51 der Zulassungsordnung vom 24. April 1929 geltenden besonderen Bestimmungen die vorgenannten Aerzte aus der Zahl der vorhandenen Bewerber zunächst zuzulassen waren.

Gemäß § 37 der Zulassungsordnung wird dies mit dem Bemerkten bekanntgemacht, daß den beteiligten Krankenkassen und den hiernach nicht zugelassenen Aerzten gegen diese Beschlüsse das Recht der Berufung zum Schiedsamt bei dem besonderen Oberversicherungsamt bei der Reichsbahndirektion München für die Beschlüsse 1 und 2 und zum Schiedsamt beim Bayerischen Oberversicherungsamt Nürnberg für die Beschlüsse Nr. 3 und 4 zusteht. Die Berufung der nichtzugelassenen Aerzte kann sich jedoch nicht gegen die Zulassung der vorgenannten Aerzte, sondern nur gegen die eigene Nichtzulassung wenden; aufschiebende Wirkung hinsichtlich der Ausübung der Kassenpraxis durch die zugelassenen Aerzte kommt der Berufung nur dann zu, wenn auch seitens der beteiligten Krankenkassen Berufung zum Schiedsamt eingelegt wird.

(Vgl. „Entscheidungen des Reichsschiedsamts“ Nr. 27 vom 19. November 1926, „Amtliche Nachrichten“ S. 501, „Entscheidungen des Bayer. Landesschiedsamts“ Nr. 11/26 vom 17. Februar 1927.)

Eine etwaige Berufung ist in vierfacher Ausfertigung gemäß § 368 in Abs. 2 RVO. binnen einer Woche schriftlich oder mündlich gegen die Beschlüsse Nr. 1 und 2 beim Schiedsamt beim besonderen Oberversicherungsamt der Reichsbahndirektion München, Arnulfstraße 19, und gegen die Beschlüsse Nr. 3 und 4 beim Schiedsamt beim Bayer. Oberversicherungsamt Nürnberg, Weintraubengasse, einzureichen.

Die Berufungsfrist beginnt gemäß § 37 der Zulassungsordnung eine Woche nach dem Tage der Ausgabe dieser Nummer der „Bayer. Aerztezeitung“.

Nürnberg, den 16. April 1931.

Der Vorsitzende des Zulassungsausschusses im Bezirke des Städt. und Staatl. Versicherungsamts Nürnberg.

Berghofer.

Bekanntmachung der Regierung von Unterfranken und Aschaffenburg, K. d. L., vom 21. April 1931 Nr. 1322 b 42 zum Vollzug des Luftverkehrsgesetzes.

Als amtlich anerkannte ärztliche Sachverständige nach der RV. über Luftverkehr vom 19. Juli 1930 § 17 Ziff. 4 wurden für den Regierungsbezirk Unterfranken und Aschaffenburg bestellt: 1. Dr. Markert, prakt. Arzt am Städt. Krankenhaus in Schweinfurt; 2. Dr. Soller, Polizeimedizinalrat in Würzburg. I. V.: Haack.

Amtliche Nachrichten.

Dienstesnachrichten.

Vom 1. Mai an wird der prakt. Arzt Dr. Rudolf Simmel in Pfaffenhausen (BA. Mindelheim) zum Bezirksarzte für den Verwaltungsbezirk Laufen (Oberbayern) in etatmäßiger Eigenschaft ernannt.

Vom 1. Mai 1931 an wird der Vertragsarzt der Kreis-Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar Dr. Herm. Nadler als Assistenzarzt an dieser Anstalt in nichtetatmäßiger Eigenschaft angestellt.

Arzneimittelkommission München

(maßgebend für sämtliche Kassen, deren Verbandssitz München ist).

Den Herren Kollegen diene zur gefälligen Kenntnisnahme:

In den letzten beiden Jahren hat die Diphtherie ein bösartigeres Wesen angenommen als in langen vorausgegangenen Jahren. Es ist daher die Verordnung höherer Dosen des Diphtherieheilserums angezeigt. Wichtig ist, daß sofort nach begründetem Verdacht auf Vorliegen einer Diphtherie das Diphtherieheilserum intramuskulär verwendet wird, und zwar:

für anscheinend einfache Erkrankungen 6000 A.E.
für schwere Fälle 10000—20000 A.E.

bei sehr schweren Fällen kann eine Erhöhung dieser Dosis noch notwendig werden, gegebenenfalls bis zu 40000 A.E.

Auch die Serülen sind zur Verordnung zugelassen.

Es wird empfohlen, die hochwertigen Sera (das neue 1000fache) zu verwenden.

a) Pferdeserum:

					ohne Umsatzsteuer
Ampulle	Nr. VI	T	6 ccm =	6000 A.E. =	RM. 9.40
Serüle	Nr. VI	T	6 ccm =	6000 A.E. =	RM. 9.75
Ampulle	Nr. VIII	T	8 ccm =	8000 A.E. =	RM. 12.40
Serüle	Nr. VIII	T	8 ccm =	8000 A.E. =	RM. 12.75
Ampulle	Nr. X	T	10 ccm =	10000 A.E. =	RM. 15.20
Serüle	Nr. X	T	10 ccm =	10000 A.E. =	RM. 15.45
Ampulle	Nr. XX	T	20 ccm =	20000 A.E. =	RM. 29.55
Serüle	nicht hergestellt;				

gegebenenfalls 2000 fach:

Ampulle	Nr. X	C	10 ccm =	20000 A.E. =	RM. 30.40
gereinigt und konzentriert					
Serüle	Nr. X	C	10 ccm =	20000 A.E. =	RM. 30.75
gereinigt und konzentriert					

b) Rinderserum (prophylaktische Impfungen):

Ampulle II R 10 ccm = 1000 A.E. = RM. 2.40.

Auch hier kann gegebenenfalls die Serüle mit der gleichen Bezeichnung verwendet werden.

Die alte Dosierung 400- und 500fach mit den unzweckmäßig hohen Serumengen kann unerwünschte Nebenwirkungen hervorrufen:

Serumkrankheit:

a) Akute, schwere Reaktion: Koffein, Kampfer, Atropin; besonders empfehlenswert: Adrenalin 1 ccm

Für die bayerische Aerzteschaft



wurde mit dem Norddeutschen Lloyd Bremen eine Vereinbarung getroffen für eine besonders ermäßigte

Nordkapfahrt

mit dem beliebten Doppelschrauben-Passagierdampfer „SIERRA CORDOBA“

vom 6. bis 24. August 1931

von Bremen nach Eidfjord (Maabödal, Vöringfos), Stryn (Tystigen-Gletscher), Merok (Djupvandshütte), Holandsfjord (Svartisengletscher), Lyngseidet (Besuch eines Lappenlagers), Nordkap, Hammerfest,

Aandalsnes, (Raumatal), Oie (Norangsdal), Hellesylt, Gudvangen (Naerodal, Stalheim), Balholm (Esefjord), Bergen, Bremen.

Teilnehmerpreise:

Dampferfahrt einschließlich voller Verpflegung, ohne Getränke und Trinkgelder RM. 480.— und höher (je nach Lage der Kabine); Landausflüge RM. 90.—; die Landausflüge sind nicht obligatorisch.

Auf den Preis der Schiffskarte sowie auf die Kosten der Landausflüge erhalten die Teilnehmer eine Ermäßigung von 5 %.

Voraussetzung ist, daß die Anmeldung nur bei den unten genannten Meldestellen erfolgt.

Es können teilnehmen:

Alle Mitglieder des Bayerischen bzw. Deutschen Aerzteverbandes, die bayerischen und deutschen Zahnärzte, die Mitglieder des Landesverbandes Bayer. Apothekenleiter und des Verbandes deutscher Apotheker, ferner alle Abonnenten der „Aerztlichen Rundschau“ sowie Verwandte und Freunde der Genannten.

Anzahlung:

Bei Bestellung eines Platzes ist eine Anzahlung von 10 % des Fahrpreises zu leisten.

Wissenswerte Mitteilungen:

Für die Teilnehmer sind die Bestimmungen des Norddeutschen Lloyd, die in dem allgemeinen Prospekt „Nordkapfahrten 1931“ enthalten sind, maßgebend. Diese Druckschrift kann von den nachstehenden Anmeldestellen bezogen werden.

Auskünfte, Anmeldungen und Zahlungen

nur bei folgenden Stellen:

Verlag der Aerztlichen Rundschau, München 2 NW, Arcisstr. 4, Gths. 2, Telefon 596483, und

Norddeutscher Lloyd, München 2 NW, Briennerstr. 5 (gegenüber dem Wittelsbacherplatz), Telefon 92656.

Je mehr Kollegen an dieser Fahrt teilnehmen, desto genußreicher wird sie für den einzelnen.

1,0:1000,0, gegebenenfalls 0,1—0,25 (—1,0) ccm der Lösung in 250,0 warmer NaCl-Lösung 1,0:1000,0 langsam intravenös.

b) Eigentliche Serumkrankheit: Kalziumpräparate, gegebenenfalls intravenös.

Kustermann.

Vereinsmitteilungen.

Mitteilungen des Münchener Aerztevereins für freie Arztwahl.

1. Der Verband der Bayer. Betriebskrankenkassen teilt mit, daß die Betriebskrankenkasse der Rhenania-Ossag Mineralölwerke A.-G. Hamburg, Alsterufer 4—9, für ihre Mitglieder in München seinem Verbandsbeitreten und damit in den örtlichen Vertrag eingetreten ist.

Eventuelle Rechnungen sind also wie bei den übrigen Betriebskrankenkassen mittels Krankenlisten über die Geschäftsstelle einzureichen.

2. Der Verband freier Krankenkassen ersucht, die Behandlungsscheine der Mitglieder bei Vorlage auszufüllen und den Versicherten sofort zurückzugeben. Der Arztabschnitt bleibt beim Arzt und wird der vierteljährlichen Abrechnung beigegeben. Bei Vierteljahreswechsel hat der Versicherte, falls Weiterbehandlung notwendig ist, den Behandlungsschein dem Arzt wieder vorzulegen, welcher lediglich den Vermerk „Weiterbehandlung notwendig“ anbringt. Der Versicherte erhält auf seiner Kasse einen neuen gebührenfreien Behandlungsschein, mit welchem wieder wie mit dem ersten Behandlungsschein verfahren wird.

Bei Familienversicherten ist am Kopf des Rezeptes kenntlich zu machen, daß es sich um Familienhilfe handelt.

3. Die persönliche Abrechnung für das vierte Vierteljahr 1930 ist fertiggestellt und ab Freitag, den 1. Mai, auf der Geschäftsstelle erhältlich. Einspruch gegen die Abrechnung kann nur schriftlich unter Beifügung der Abrechnung und der Monatskarten bis spätestens Samstag, den 16. Mai, erhoben werden. Scholl.

4. Mitteilungen der Röntgenkommission.

Nach Auflösung der Zentralröntgenkommission für Bayern am 1. Januar 1931 ist die Röntgenkontrolle entsprechend den Richtlinien des Landesausschusses für Aerzte und Krankenkassen in Bayern betr. Anwendung elektro-physikalischer Heilmethoden neu geregelt worden. In Betracht kommt:

1. eine Röntgenkommission Südbayern.

Diese hat die Aufgabe, die Prüfung der persönlichen Voraussetzung (Ausbildung) und der sachlichen Voraussetzung (Apparatur) für die Anwendung der Röntgenmethoden vorzunehmen. Die Kommission Südbayern ist gebildet aus den Herren Scheicher, Sielmann sen. und Stumpf. Diese Kommission ist außerdem als Schiedsinstanz tätig.

2. eine Röntgenkommission des Münchener Aerztevereins für freie Arztwahl.

Diese hat die Prüfung der für die reichsgesetzlichen Krankenkassen ausgeführten Röntgenleistungen durchzuführen. Sie hat dabei nicht nur wissenschaftliche, sondern auch wirtschaftliche Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Zu diesem Zweck haben

a) die Vollröntgenologen ihre Röntgenleistungen auf Krankenlisten mit anliegendem alphabetischen Namensverzeichnis, vierteljahrsweise, einzureichen; desgleichen auf einer weiteren gesonderten Liste die Diathermie- und Höhensonnenleistungen (ebenfalls mit alphabetischem Namensverzeichnis);

b) die Teilröntgenologen ihre Röntgenleistungen in gesonderten Listen, bei mehr als 20 Patienten mit alphabetischem Namensverzeichnis, vierteljahrsweise, einzureichen. Dabei ist bei jedem einzelnen Falle die Nummer des Patienten aus der Behandlungsliste anzugeben. Die Diathermie- und Höhensonnenleistungen sind von den Teilröntgenologen nicht in den Röntgenlisten zu verrechnen, sondern werden in der Behandlungsliste am Tage der Vornahme eingetragen.

Ab 1. Mai werden den Vollröntgenologen nur zugewiesene Röntgenfälle; Fachärzten, die Teilröntgenologen sind, nur Fälle ihres eigenen Faches; praktischen Aerzten, denen die Ausübung der Röntgentätigkeit gestattet ist, nur Fälle ihrer eigenen Praxis honoriert.

Die Röntgenologen haben von jetzt ab den kleineren Abschnitt des Ueberweisungsscheines bei überwiesenen Ortskrankenkassenpatienten mit Stempel und Unterschrift versehen sofort an die Kasse einzusenden. Der Hauptabschnitt des Ueberweisungsscheines wird den Vierteljahrslisten beigegeben. Eine sofortige Einsendung des größeren Abschnittes des Ueberweisungsscheines an die Ortskrankenkasse unterbleibt also künftig. — Bei Vornahme von Röntgenleistungen für andere Kassen hat der ausführende Röntgenologe den Antrag des überweisenden Arztes ebenfalls den Vierteljahrslisten beizulegen.

Die Prüfung der Röntgenkommission erstreckt sich auf folgende Gebiete:

1. Prüfung der Vierteljahrslisten. Bei Teilröntgenologen wird der Fachprüfungsarzt zugezogen.

2. Bei diagnostischen Leistungen kann die Kommission Originalfilme und genaue Befundberichte anfordern.

3. Bei therapeutischen Leistungen sind genaue Aufzeichnungen zu machen über Zahl und Art der Bestrahlungen, ferner Angaben über Diagnose, Anfangsstatus, Datum der Bestrahlungen, Röntgendosis in R, sekundäre Spannung, evtl. Halbwertschicht, Art der Dosismessung, Apparatentyp und evtl. Endstatus und auf Anforderung der Kommission zur Prüfung einzusenden.

Die Kommission hat das Recht, die Patienten vorzuladen.

Die Röntgenkommission besteht aus den Herren Bacharach, Becker und Weltz. Die Kasse ist durch einen Vertrauensarzt beteiligt. Die Röntgenkommission hat das Recht der Kooptation.

Sämtliche Aerzte, welche Röntgenleistungen anfordern oder ausführen, insbesondere auch Privatkliniken, haben sich vorher zu informieren, ob Röntgenleistungen von anderer Seite wegen der gleichen Erkrankung kurze Zeit vorher vorgenommen worden sind. Doppelleistungen können in der Regel nicht honoriert werden.

Die Anzahl der Röntgenleistungen bei Teilröntgenologen aus eigener Praxis soll in einem angemessenen Verhältnis zu der Gesamtpatientenzahl stehen.

Nach den Bestimmungen des Tarifs muß jede Röntgenuntersuchung eine „erschöpfende“ sein.

Gegen den Entscheid der Röntgenkommission ist die Rechtsmöglichkeit der Berufung an die Kommission Südbayern gegeben, welche als vereinbarte Schiedsinstanz endgültig entscheidet.

Es sei hier noch auf die Schlußbemerkung der Richtlinien des Landesausschusses hingewiesen.

„In allen Fällen, in denen die vorgeschlagene Behandlungsmethode bei der betreffenden Erkrankung wenige oder gar keine Erfolge aufzuweisen hat, ist von der Beantragung abzusehen. Bei den Anträgen muß in allen Fällen neben der genauen Diagnose angegeben werden, aus welchem Grunde die Behandlung vorgeschlagen wird. Es ist z. B. anzugeben, daß bei einer

Hauterkrankung eine Salbenbehandlung vorhergegangen ist und erfolglos blieb, oder daß die Krankheit schon früher mit Erfolg durch Höhensonne oder Röntgenbestrahlung behandelt worden ist. Besonders eingehend muß die Begründung sein, wenn es sich um ein Leiden handelt, das sich zur Behandlung durch das beantragte Heilverfahren nach den vorstehenden Richtlinien nicht eignet.“

I. A.: Dr. Becker.

Ehrenbund Deutscher Weltkriegsteilnehmer e. V.

Der Bund hat in Willing bei Bad Aibling (Obb.) ein selten schönes Landhaus mit 22 Räumen erworben, das ab 1. Mai als Landheim in Betrieb genommen wird. Aufnahme finden außer den Mitgliedern mit ihren Angehörigen alle Kriegsteilnehmer mit ihren Familienangehörigen, soweit Platz vorhanden, auch andere Gäste.

Willing liegt in freundlicher Landschaft am Fuße des Wendelsteins. Das berühmte Moorbad Aibling ist auf guter Straße in 15 Minuten erreichbar. Das Haus ist von einem hübschen Garten umgeben, mit laufendem Kalt- und Warmwasser versehen, hat elektrisches Licht und Dampfheizung.

Gute Verbindung besteht nach Kufstein und Tirol, zum malerischen Chiemsee, nach Traunstein, Reichenhall, Berchtesgaden, Schliersee und Tegernsee.

Heilbäder aller Art werden in Aibling verabreicht; Warmwasserbadegelegenheit im Hause, Freibäder in Glonn und Mangfall.

Illustrierte Prospekte wie nähere Aufschlüsse durch die Geschäftsstelle obigen Bundes, München, Ungererstraße 30/I.

Einladung

zu dem III. Fortbildungskursus über Unfallerkkrankung, Behandlung und Begutachtung im Städtischen Krankenhaus Ludwigshafen a. Rh.

Samstag, den 9. Mai, 9 $\frac{1}{4}$ Uhr: Dr. Rusche (Mannheim): „Ärzte und Berufsgenossenschaften“. — Dr. Mendler (Ulm): a) „Meniskusverletzung“; b) „Zur operativen Behandlung von Knochenbrüchen“. — Dr. Wolff (Ludwigshafen): „Hand- und Fußverstauchungen“. — Obermedizinalrat Dr. Federschmidt (Dürkheim): „Ueber freie Gelenkkörper“. — San.-Rat Dr. Kaufmann (Ludwigshafen): „Kopftrauma und Epilepsie“. — Oberarzt Dr. Wollner (Ludwigshafen): „Tumor und Unfall“.

Nachmittags 3 Uhr: Demonstrationen der Chirurgischen Unfallstation (Simon), der Inneren Abteilung (Kaufmann), des Pathologischen Instituts (Hanser), der Röntgenabteilung (Hilpert), der Abteilung für Berufskrankheiten (Kötzing).

Abends 8 Uhr findet im Anilinkasino ein Lichtbildvortrag von Herrn Ministerialrat Prof. Dr. Kölsch statt: „Die Internationale Silikosis-Konferenz in Johannesburg: Wissenschaftliches und Reiseerlebnisse von einer Reise rund um Afrika“. Mit Lichtbildern. — Vorher ist Gelegenheit gegeben, daselbst das Abendessen einzunehmen; danach gemütliches Zusammensein.

Sonntag, den 10. Mai, 9 $\frac{1}{2}$ Uhr: Regierungsrat Dr.-Ing. Eibel (Mannheim): „Ueber ‚Möglichkeit‘ und ‚Wahrscheinlichkeit‘ bei Unfallsbegutachtungen und Rentenfestsetzung“. — Prof. Dr. Simon (Ludwigshafen a. Rh.): „Osteomyelitis und Unfall“. — Prof. Dr. Rost (Mannheim): „Ueber Armprothesen“. — Prof. Vulpius (Heidelberg): „Tuberkulose und Unfall“. — Prof. v. Zumbusch (München): „Diagnostik und Therapie der Syphilis“.

Danach gemeinschaftliches Mittagessen im Gesellschaftshaus der I. G. Farbenindustrie.

Anmeldungen bis längstens 5. Mai an Herrn Dr. Rusche (Mannheim) oder Prof. Simon (Ludwigshafen) erbeten.

I. A.: Simon.

Landesverkehrsamt für Tirol.

Alle Tiroler Straßen für Kraftfahrzeuge mautfrei. Die Tiroler Landesregierung hat beschlossen, mit 1. Mai l. J. auf allen öffentlichen Straßen und Wegen die derzeit bestehenden Mautgebühren für Kraftfahrzeuge aufzuheben.

Die Mittelstandskuren in Solbad Hall in Tirol erfreuen sich bereits eines regen Zuspruches und finden wegen der großen Heilerfolge allseits Befriedigung. Die Direktion des Kurmittelhauses ersucht, die Anmeldungen rechtzeitig zu machen, da mit Ende Mai l. J. die Mittelstandskuren wegen des normalen Kurbetriebes aufhören.

Die Patscherkofelbahn-A.-G. gewährt ab 15. Mai l. J. für die Früh- und Abendsfahrten, d. i. bis 9.05 Uhr, sowie ab 17.05 Uhr (ab Talstation) besonders ermäßigte Touristenfahrten zu S 5.— (Berg- und Talfahrt). Die Rückfahrt mit einer solchen Touristenfahrkarte ist bis spätestens 16.05 Uhr des gleichen bzw. der folgenden Tage anzutreten. Einschließlich Postkraftwagenfahrt von und nach Innsbruck kostet diese Touristenkarte S 7.—.

Bücherschau.

Die sozial-ethische Bedeutung des Dekalogs von Reinhold Seeberg und Geburtenregelung als theologisches Problem von Hermann Wagner. 56 S. Deichertsche Verlagsbuchhandlung Dr. W. Scholl, Leipzig C 1, Königstraße 17, 1930. Geheftet RM. 2.—.

Die zweite Schrift aus der Feder des Herausgebers der „Christlichen Volkswacht“, einer evangelischen Zeitschrift für

Gegen **Fluor** jeder Aetiologie
das immer bewährte, glänzend begutachtete Spülmittel.

14 Tagequantum
M. 3.— in Apotheken.

Bei vielen Kassen
zugelassen.

Dr. E. Uhlhorn & Co.,
Wiesbaden-Biebrich.

Contrafluol

Zur Heilung genügen meist
1—2 Flaschen, daher kassenüblich.

Konzentrierte Lösung pflanzlicher Saponine.

Sexualethik und Sexualpädagogik (Hamburg 5), dürfte auch in Aerztekreisen Interesse finden. Vom Boden der evangelischen Ethik aus werden hier zunächst das sittliche Recht der Geburtenregelung, sodann deren Gründe und schließlich die Mittel der Geburtenregelung behandelt. Der Verf. hat mit unerschrockenem Mut und mit großem Verantwortungsbewußtsein zu diesen Fragen Stellung genommen. Die tiefe Problematik der Frage der Geburtenregelung wird aufgezeigt, doch wird ihre unter Umständen gebotene Notwendigkeit ebenso stark betont.

H ö b e r.

Für die Redaktion verantwortlich: Dr. H. Scholl, München.
Für die Inserate: Hans Engerer, München.

Allgemeines.

Mit **Antiphlogistine** wurden im Franz-Joseph-Spital, Wien, X. II. medizinische Abteilung, Vorstand: Prof. Dr. A. Decastello, günstige Erfolge erzielt bei Pleuritis sicca. Es wirkte überraschend schmerzlindernd und erleichterte dadurch die Atmung wesentlich. In drei Fällen führte es nach 48 stündiger Applikation zum Verschwinden des Reibens, zu subjektivem Wohlbefinden und es kam zu keiner Exsudatsbildung. Hervorgehoben wird ein Fall von chronischer Polyarthritis rheumatica mit Schwellung der Sprung-, Knie- und Handgelenke und starker Schmerzhaftigkeit derselben, so dass Patient mit zwei Stöcken nur mühsam gehen konnte. Durch Antiphlogistine konnte weitgehende Besserung erzielt werden, so dass Patient, der vorher fünf Wochen mit Antirheumatika, wie Aspirin 4—5 täglich, Atophanyl 10 ccm täglich i. V., täglich Heissluft und dgl. behandelt wurde, nach acht tägiger Antiphlogistine-Behandlung das Spital zu Fuss verliess. Antiphlogistine wurde dabei abwechselnd auf verschiedene Gelenke appliziert, wodurch die günstige Veränderung deutlich sichtbar wurde.

Secale-Exclud-Zäpfchen „Reiss“, eine neue Secale-Verordnung. Von Prof. Dr. H. Walther, Gießen. (Referat aus Nr. 15 der Med. Klinik vom 11. April 1930.) Die wirksamen Substanzen des Mutterkornes zu isolieren und es von schädlichen Ballaststoffen zu befreien, gehört zu den schwersten Aufgaben der Pharmakologie. Autor begrüßt daher außerordentlich das Bestreben der pharmazeutisch-chemischen Industrie, durch besonders günstig erprobte Methoden — wie es z. B. das Exclud-Verfahren „Reiss“ ist —, Arzneimittel herzustellen, die einen optimalen therapeutischen Effekt gewährleisten, ohne die geringsten toxischen Nebenwirkungen hervorzurufen.

Das Aufschließungsverfahren fand bereits bei den Digitalis- und Belladonna-Exclud-Zäpfchen erfolgreiche Verwendung und besonders bei der Herstellung der Secale-Exclud-Zäpfchen (Hersteller: Dr. R. Reiss, Rheumasan- und Lenicet-Fabrik, Berlin NW 87) ist es gelungen, die in der Droge enthaltenen kontraktionsfördernden und blutstillenden Alkaloide so weit aufzuschließen, daß eine leichte Resorption durch die Darmschleimhaut erfolgt und der Wirkungswert der Zäpfchen erhöht wird. Die erfolgreichen Versuche der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung des Krankenhauses der Jüdischen Gemeinde Berlin und der Hebammen-Lehr- und Entbindungsanstalt Bamberg veranlaßten den Verf., die Secale-Exclud-Zäpfchen einer eingehenden Nachprüfung zu unterziehen, wobei er die günstigen klinischen Erfahrungen in seiner ausgedehnten Praxis vollauf bestätigen konnte.

In der nun folgenden Kasuistik bespricht Autor seine Erfolge mit den Secale-Exclud-Zäpfchen bei Ordinierung nach der Geburt

und in den ersten Tagen des Wochenbettes, bei Neigung zu Blutungen (Atonia uteri post partum et abortum, Lochiometra), nach Fehlgeburten, Abrasio, bei Menorrhagia, Adnexitiden, Uterustumoren, Endometritis usw.

Zusammenfassend erklärt Autor die rektale Applikation der Secale-Exclud-Zäpfchen als ungemein zweckmäßiges und neuartiges blutstillendes Verfahren, welches dem Praktiker sehr zu empfehlen ist. Die Zäpfchen zeichnen sich durch prompte und dabei prothrahierte Wirkung aus, rufen keine dyspeptischen Beschwerden und unangenehmen Nebenwirkungen hervor.

Beschwerden

über unpünktliche Zustellung der „Bayerischen Aerztezeitung“ sind stets bei dem zuständigen Postamt oder beim Briefträger anzubringen.

Zur gefl. Beachtung!

Der Gesamtauflage der heutigen Ausgabe liegt ein Prospekt der Firma **Dr. A. Rieche & Co., GmbH., Bernburg**, über **Peptomant-Präparate** bei.

Wir empfehlen diese Beilage der besonderen Beachtung unserer Leser.

Ärztliche Autoritäten sprechen



von einem „wirksamen Heilmittel bei Katarrhen aller Schleimhäute“ und auch Geheimrat Prof. Dr. Moritz von Schmitt, gewiß eine hervorragende Autorität, stellt in einem seiner Werke fest, daß die Teinacher Quellen als Heilmittel bei Erkrankung der oberen Luftwege besonders Kopftuberkulose und Asthma zu empfehlen sind. Die

Teinacher Hirschkuelle

ist eine der 5 seit Jahrhunderten berühmten Heilquellen, die übrigen heißen:

- Ueberkinger Sprudel**
- Ditzenbacher Sauerbrunn**
- Imnauer Apollo-Sprudel**
- Remstal-Sprudel Beinstein**

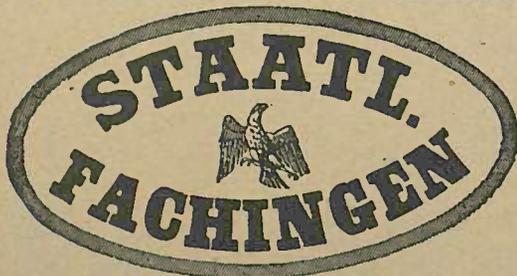
Interessante Druckschriften über die 5 wichtigsten Helfer des Arztes warten auf Sie, verlangen Sie bitte gleich kostenlose Zusendung von der

Mineralbrunnen A.-G., Bad Ueberkingen/Württ.

Wir bedienen die Herren Aerzte direkt zu Vorzugspreisen.

Generalvertretungen in München:

- E. Kühles**, Mineralwasser-Grosshandlung, München, Raspstrasse 6, Telefon 922 00,
 - Friedrich Flad**, Mineralwasser-Grosshandlung, München, Donnersbergerstraße 60.
- Kleinverkauf: Maximiliansplatz 23. Fernsprecher: 63 000 und 925 92.
An allen Plätzen Niederlagen.



Der natürliche Mineralbrunnen „Staatl. Fachingen“ findet seit Jahrzehnten mit hervorragendem Erfolg Verwendung bei **Störungen der Verdauungsorgane** (Magenkatarrh, Magenschmerzen und Magenbeschwerden sowie Darmstörung, habituelle Stuhlverstopfung, Icterus katarrhalis)

Erkrankungen der Harnorgane (akute Nephritis, chron. parenchymatöse Nephritis, Harnsäuresteine in Nieren u. Blase, Blasenkrankungen) **Stoffwechselkrankheiten** (Gicht, Diabetes)

Erhältlich in allen Mineralwasserhandlungen, Apotheken, Drogerien usw. und steht den Herren Aerzten zur Verordnung in geeigneten Fällen stets zur Verfügung.

Brannenschriften sowie eine Zusammenstellung der ärztlichen Gutachten kostenlos durch das Fachinger Zentralbüro Berlin W 8, Wilhelmstr. 55. Aerztejournal wird jederzeit auf Wunsch zugesandt.

Analyse

(Feste Hauptbestandteile in 1 kg Wasser auf Salze berechnet.)

Natriumhydrokarbonat (NaHCO ₃)	2,915 g
Calciumhydrokarbonat (Ca[HCO ₃] ₂)	0,529 „
Magnesiumhydrokarbonat (Mg[HCO ₃] ₂)	0,474 „
Natriumchlorid (NaCl)	0,390 „
Ferrohydrokarbonat (Fe[HCO ₃] ₂)	0,012 „
Lithiumhydrokarbonat (LiHCO ₃)	0,008 „

Bayerische Ärztezeitung

BAYERISCHES ÄRZTLICHES CORRESPONDENZBLATT

Herausgegeben von Geh. Medizinalrat Prof. Dr. H. Kerscheneiter, München, Geh. Sanitätsrat Dr. A. Stauder, Nürnberg, und Sanitätsrat Dr. H. Scholl, München.

Amtliches Blatt der Bayerischen Landesärztekammer und des Bayerischen Aerzteverbandes (Geschäftsstelle Nürnberg, Karolinenstrasse 1/II, Telephon 23045, Postscheck-Konto Nürnberg Nr. 15376, Bankkonto Bayerische Staatsbank Nürnberg Offenes Depot 32926).

Schriftleiter San.-Rat Dr. H. Scholl, München, Arcisstrasse 4/II. Tel. 58588 und 58589.

Verlag der Aerztlichen Rundschau Otto Gmelin München 2 NW, Arcisstr. 4, Gartenhaus II. Stock. Tel. 596483. Postscheckkonto 1161 München.

Die »Bayerische Aerztezeitung« erscheint jeden Samstag. Bezugspreis vierteljährlich 4 Mark. — Anzeigen kosten für die 6 gespaltene Millimeterzeile 15 Goldpfennige. — Alleinige Anzeigen- und Beilagen-Annahme: ALA Anzeigen-Aktiengesellschaft in Interessengemeinschaft mit Haasenstein & Vogler A.-G. Daube & Co. G. m. b. H. München, Berlin und Filialen.

№ 19.

München, 9. Mai 1931.

XXXIV. Jahrgang.

Inhalt: Bemerkungen zum Kassenarztrecht. — Sozialversicherung und Aerzte. — Die Reformbedürftigkeit der Wohlfahrtspflege. — Die verdammten Fremdwörter. — Spezifikation der ärztlichen Gebührenrechnung? — Bericht des Engeren Vorstandes der Bayer. Landesärztekammer. — Bericht des Engeren Vorstandes des Bayer. Aerzteverbandes. — Steuerbefreiung nach § 2 Nr. 9 UStG. — Landesversicherungsanstalt von Oberbayern. — Verordnung über die Abgabe starkwirkender Arzneien. — Vereinsnachrichten: Aerztlicher Kreisverband Schwaben E. V. — Zulassungsausschuss des Städt. Versicherungsamtes Nürnberg. — Tuberkulose-Fortbildungskursus in Donaustauf. — Vereinsnachrichten: Sterbekasse Oberbayern-Land; Münchener Aerzteverein für freie Arztwahl; Mitteilung der Röntgenkommission; Nürnberg; Bayreuth. — Bücherschau.

Der Verlag behält sich das Recht des alleinigen Abdrucks aller Originalbeiträge vor, ebenso das Recht jeden Nachdrucks von Sonderabzügen.

Bemerkungen zum Kassenarztrecht.

Von Bezirksamtmann Dr. F. F. F. F., Scheinfeld.

Der Interessenkampf zwischen Aerzten und Krankenkassen, dessen Kernpunkt das Arztsystem, d. h. die Normierung der Zulassung zur Kassenpraxis ist, ist so alt wie die reichsgesetzliche Krankenversicherung, die bekanntlich 1883 ins Leben getreten ist. Das erregende Moment dieses Kampfes bildete die Novelle vom 10. April 1892, durch die den reichsgesetzlichen Krankenkassen ausdrücklich das Recht gegeben wurde, nach eigenem Ermessen Zahl und Person der Aerzte zu bestimmen. Die Zielbewußtheit, Gewalt und Gerechtigkeit des Kampfes setzte mit dem 1900 erfolgten Zusammenschluß der Aerzte zu dem Verband der Aerzte Deutschlands (Leipziger Verband — Hartmannbund) und den als Reaktion hierzu erfolgenden Gründungen der Krankenkassenorganisationen ein. Einen Höhepunkt dieses Kampfes kennzeichnete der 1913 geplante große Aerztestreik, der eine Folge davon war, daß die Reichsversicherung vom 19. November 1911 die Arztsystemfrage gesetzlich zu regeln nicht wagte und der durch das — Ende 1913 getroffene — Berliner Abkommen glücklich vermieden wurde. Durch die Verordnung vom 30. Oktober 1923 (RGBl. I, S. 1051) fand dieser Kampf einen äußeren Abschluß dadurch, daß an Stelle der vertraglichen Regelung die nunmehr geltende öffentlichrechtliche Normierung getreten ist.

Es ist verfehlt und führt zu keinem Ziele, diesen Kampf als die Äußerung deutscher Uneinigkeit unter dem Gesichtspunkt unsachlicher Gehässigkeit gegen Akademikertum und Aerzteschaft zu betrachten. Er liegt vielmehr in der Gegensätzlichkeit der Interessen beider Parteien begründet, was schon daraus hervorgeht, daß er

auch in der Krankenversicherung des Auslandes vorhanden ist. Läßt man diesen Gesichtspunkt auf beiden Seiten nicht außer Auge, so wird man unzweifelhaft rascher und erfolgreicher zu einer Annäherung kommen. Während der Arzt im allgemeinen nur der Kasse sich gegenüber sieht, richten sich auf die Kasse die ihr gegensätzlichen Interessen von Arzt und Versicherten. Der Versicherte will die sorgfältigste, modernste, von Gedanken an die Kosten unbeschwerte Behandlung, der Arzt hat bei bestem Willen oft nicht die Möglichkeit, den Ueberansprüchen ausreichend wirksam entgegenzutreten. Bei dem Abwehrkampf gegen übermäßige Inanspruchnahme sehen die Kassen in der Beschränkung der Zahl der Kassenärzte das beste Mittel, während man auf seiten der Aerzte von Anfang an für eine unbeschränkte Zulassung eingetreten ist. Die Kassen glauben, in wenigen, vertrauenswürdigen, gut beschäftigten Aerzten den sichersten Schutz gegen unberechtigte Begehren des Versicherten zu haben. Sie finden den Grund der Polypragmasie bei der Vielzahl nicht hinreichend beschäftigter Aerzte. Das ist zunächst sehr einleuchtend; es ist mir tatsächlich in meiner Tätigkeit als Vorsitzender des Schiedsamtes für Aerzte und Krankenkassen nachgewiesen worden, daß bei Neuzulassungen, insbesondere von Fachärzten, die bereits zugelassenen Aerzte eine Minderung ihres Einkommens aus der Kasse nicht erfahren haben, während die neuen Aerzte ihr volles Auskommen fanden. Gleichwohl habe ich den Eindruck gewonnen, daß die Polypragmasie die Domäne des Kassenlöwen ist, dieser unerfreulichen, von der Kasse nicht beabsichtigten Folgeerscheinung der Arztbeschränkung. Ich habe daher erhebliche Bedenken, ob die Theorie der Krankenkassen an sich richtig ist. Zur Klärung dieser Frage können die ärztlichen Organisationen — in allerdings mühevoller Arbeit — beitragen. Sie müßten — vielleicht bis Oktober 1923 zurückgehend — feststellen, ob und inwieweit durch neue Zulassungen eine Mehrung der ärztlichen In-

anspruchnahme eingetreten ist, und gegebenenfalls, ob diese Mehrung auf die Neuzulassungen oder nicht vielmehr auf andere Ursachen zurückzuführen ist. Eine Zusammenstellung dieser Erhebungen für ganz Bayern würde klarer sehen lassen und vielleicht auch einmal die Grundlage bieten für die Anregung späterer ministeriellen Erhebungen in der Sache.

Daß der Arzt in der Krankenversicherung eine große Vertrauensstellung hat, daß der Arztstand das größte Interesse an der Erhaltung der reichsgesetzlichen Krankenversicherung haben muß, ist ernstlich ebensowenig zu bestreiten als die Tatsache, daß die Krankenkassen das größte Interesse an einem hochstehenden Aerztestand haben müssen. Selbstverständlich ist, daß der Aerztestand zunächst an seine wirtschaftliche Existenz denkt und denken muß. Darum propagiert er die unumschränkte Zulassung zur Kassenpraxis von jeher. Er meditiert richtig, daß die Gesetzgebung, die zwei Drittel des deutschen Volkes der Privatpraxis entführt, nicht berechtigt ist, einen großen Teil besonders der jungen, hoffnungsvollen Aerzteschaft von der sozialen Praxis auszuschließen und ihm damit die Existenz zu nehmen. Nicht zuletzt im Interesse der Erhaltung der Weltgeltung deutscher Wissenschaft und der Heranziehung eines tüchtigen Aerzternachwuchses. Allerdings muß ich bekennen, so sehr die Aerzteschaft in Tagungen, Schriften, Verträgen usw. für die unbeschränkte Zulassung eingetreten ist, in der Praxis bei den Einzelzulassungen ist das Bild ein anderes. Ich habe von jungen Aerzten klagen hören, daß sie im Zulassungsverfahren bei den Kassen ein größeres Entgegenkommen fanden als bei ihren Kollegen, die beati possidentales waren, und hier besonders bei denen mit sehr hohem Einkommen. Das liegt bei der unmittelbaren Interessiertheit der betreffenden Aerzte in der Natur der Sache. Ganz anders verhält es sich nach meinen Erfahrungen mit den ärztlichen Beisitzern der Schiedsämter. Sie sind der persönlichen Interessiertheit entrückt und können unbefangenen urteilen. Daher bin ich nach wie vor für zentrale Zulassungsausschüsse eingenommen, in denen ein im Kassenarztrecht absolut versierter Jurist den Vorsitz zu führen hätte. Materiell erachte ich die unbeschränkte Zulassung — allerdings nach einer nicht zu kurzen Wartezeit — für ein Gebot der Gerechtigkeit. Freilich scheint mir die Zeit hierzu noch nicht gekommen, denn die unbeschränkte Zulassung erfordert ein sehr hohes Maß von straffer Zucht in den ärztlichen Organisationen, die gewillt sein müssen, gegen Aerzte, die Kassen und ihre Kollegen schädigen, mit aller Schärfe vorzugehen.

Bei der Erkämpfung des Rechtes auf unbeschränkte Zulassung ist aber unbedingt notwendig, daß die Aerzte sich genauestens mit den maßgebenden Rechten vertraut machen. Bekanntlich ist das Streben der Kassen und Aerzte darauf gerichtet, ein vom allgemeinen Recht abgezwigtes Sonderrecht für die Beziehungen zu Aerzten und Kassen zu bilden. Allerdings werden hierbei in der Rechtsetzung die hierzu berufenen Juristen ausgeschaltet oder wenigstens zurückgedrängt, weswegen alsbald eine Verwirrung in den kasuistisch und aggregatlich zusammengestellten Bestimmungen eintreten wird. Je orientierter die Aerzte über ihre Sonderrechte sind, um so sachlicher und wirkungsvoller wird ihr Kampf sein. In diesem Kampf haben sie die Sympathien des deutschen Volkes. Der große Teil des Volkes will keine Polypragmatiker, er will auch nicht die von Geheimrat Dr. Schieck in seiner Würzburger Rektoratsrede (1926/27) gebrandmarkten Apparaturärzte. Er will auch in den modernen Verhältnissen den alten bewährten deutschen Hausarzt.

Sozialversicherung und Aerzte.

Von Med. Dr. Gottlieb Pick, Aussig.

(Fortsetzung.)

III. Probleme.

Der Aufstieg der SV. erfolgte rasch, die Aussicht schien glänzend zu sein und eröffnete einen weiten Fernblick. Man pries die sozialen Erfolge und übersah die individuellen Mißbräuche. Man berauschte sich an der Statistik der großen Zahlen, die der Phantasie einen weiten Spielraum gewährte. Die Kritik setzte ziemlich spät ein, führte aber selten zur Besinnung und Einkehr. Man trieb Vogelstraußpolitik, hielt offiziell an der Fiktion fest, daß alles in bester Ordnung ist. Erst als die wirtschaftliche Not auch an die Pforten der SV. klopfte, wurden manche Kreise stutzig. Es dämmerte die Einsicht, daß die Entwicklung zu rasch gewesen und man in mancher Beziehung sich übernommen hatte, so daß die daniederliegende Wirtschaft die Kosten nicht tragen kann. Der bisher übliche Weg, bei den fortdauernd steigenden Ausgaben die Beiträge zu erhöhen, um das wirtschaftliche Gleichgewicht zu erhalten, erwies sich bei wirtschaftlicher Not als ungangbar. Die Spannung zwischen den vermehrten Bedürfnissen und deren Befriedigung nahm zu. Es ist viel leichter, weitgehende Ansprüche zu wecken, als sie in Zeiten der Not zu erfüllen. Die Geister, die man rief, konnte der Zauberlehrling nicht bannen. Der Gegensatz zwischen Ideen und Interessen wurde offenbar. Das Bestreben der Sozialdemokratie nach Konzentration und Zentralisation, der Drang der Bürokratie nach unbegrenzter Ausdehnung des Tätigkeitsfeldes hatte an der Macht der Tatsachen die Grenze gefunden.

Bei aller Geradlinigkeit der Entwicklung sind die Ansichten über das Wesen der SV. nicht einheitlich. Gerade auf diesem Gebiete spielt die Parteipolitik die ausschlaggebende Rolle. Die Sozialdemokratie, deren Reichssektion für Gesundheitswesen einen Bestandteil der freien Gewerkschaften bildet, verfolgt das Ziel auf dem Wege der SV. einerseits, der sozialen Fürsorge der Kommunen andererseits die Sozialisierung des Gesundheitswesens vorwärts zu treiben. Die Kommunalisierung ist nur eine Zwischenstufe; das Ziel ist die Sozialisierung der gesamten Gesundheitspflege. Die hierbei geltenden Grundsätze faßt Dr. Levy folgendermaßen zusammen:

Alle Institutionen, die im Dienste der öffentlichen Hand stehen, müssen in den Besitz der öffentlichen Hand übergeführt werden. Dies bezieht sich insbesondere auf Heilmittelfabriken, Apotheken, Sanatorien, Heilanstalten, Heilquellen, Bäder und Krankenpflegeanstalten, Fürsorge- und Wohlfahrtseinrichtungen, Röntgeninstitute, Ambulatorien, Entbindungsheime, Waisen-, Blinden- und Taubstummenanstalten, Säuglings- und Mütterheime, Anstalten für psychisch-pathologische Kinder, Krüppelheime, Anstalten für Lungenkranke usw.

Alle diese Betriebe und Verwaltungen müssen ausschließlich in den Dienst der Allgemeinheit gestellt werden, sie dürfen unter keinen Umständen der privaten Ausbeutung dienen.

Der Bau der Heilmittelfabriken und die Herstellung der Heilmittel müssen dem tatsächlichen Bedarf angepaßt sein; jeder Zwischenhandel bei dem Vertrieb der Heilmittel muß unterbunden werden.

Die Ueberführung des gesamten Heilpersonals in den öffentlich-rechtlichen Dienst mit dem Ziele, das Hauptinteresse der Verhütung von Krankheiten zuzuwenden.

Beseitigung des ärztlichen klinischen Betriebes und Schaffung von ganz spezialisiert eingerichteten Behandlungsstätten. — Hier wird also auf dem Papier ganze Arbeit gemacht.

Ebenso entschieden traten die Kommunisten auf. Auf diesem Gebiet decken sich ihre Forderungen mit dem

sozialistisch-demokratischen Programm. Wie sich in Sowjetrußland auf dem Gebiete der KV. die Verhältnisse praktisch gestalten, ersieht man aus einem Bericht Dworzekys: „Die russische Versicherung ist die fortschrittlichste, umfassendste und demokratischste, die man sich denken kann, und zeichnet sich vor den entsprechenden Einrichtungen in anderen Ländern durch Einheit, Geschlossenheit und Großzügigkeit aus. Alle Personen sind obligatorisch versichert, die gegen Entgelt beschäftigt sind, also Arbeiter, Angestellte, Beamte. Leistungen: Hilfe bei vorübergehender und dauernder Arbeitsunfähigkeit, Erwerbslosenunterstützung, Hinterbliebenenfürsorge. Anspruch auf Krankengeld haben alle gegen Entgelt beschäftigten Personen von dem Augenblick an, wo der beamtete Arzt die Arbeitsunfähigkeit feststellt. Karenzzeit ist nicht vorgesehen, die Geldunterstützung in der Höhe des faktischen Verdienstes unbeschränkt bis entweder Arbeitsfähigkeit eintritt oder Invalidität festgestellt wird. — Die gesamten Lasten trägt der Arbeitgeber, der Arbeitnehmer zahlt keine Beiträge. Die Beitragshöhe schwankt zwischen 22 und 10 Prozent.“

Die Folge dieser großzügigen Versorgung ist die Zunahme der Fälle mit vorübergehender Arbeitsunfähigkeit. Die allgemeine Morbidität und Mortalität sinkt stetig, die sanitären Verhältnisse bessern sich, unter den Versicherten nimmt merkwürdigerweise die Anzahl der Erkrankungen immer mehr zu, ebenso die Zahl der infolge Krankheit versäumten und von den Kassen bezahlten Arbeitstage.“

In Deutschland ist das Programm der Kommunisten vorläufig viel zahmer; die Ursache ist wohl darin zu suchen, daß sie im Staate nicht an der Macht und in der KV. nicht an der Krippe sitzen. Ueber die ärztliche Tätigkeit äußert sich ein Anhänger dieser Partei folgendermaßen: „Die Aerzte sind verpflichtet, die Kranken so zu behandeln, daß bei rationeller Anwendung aller Heilmöglichkeiten die bestmögliche Wiederherstellung der Gesundheit der Kranken erfolgt. Bei unklarer Diagnose und bei Aufstellung des Heilplanes sind Spezialärzte zuzuziehen und alle erforderlichen physikalischen, psychischen und chemischen Untersuchungsmethoden anzuwenden. Die Errichtung von Ambulatorien wird den Kassen zur Pflicht gemacht. Durch Errichtung dieser Ambulatorien darf aber die freie Arztwahl für den Versicherten in keiner Weise beschränkt werden. Gesetzliche Festlegung der freien Arztwahl; den Versicherten steht die Wahl unter den zur Kassenpraxis zugelassenen Ärzten frei.“ Die Aerzte wären zufrieden, wenn dieses Zukunftsprogramm Gegenwartsbedeutung erhalten würde. Wir haben allerdings früher gesehen, daß in Sowjetrußland nicht die freie Arztwahl eingeführt ist, vielmehr der beamtete Kassenarzt behandelt und die Arbeitsfähigkeit feststellt. Wir erinnern daran, daß auch Bebel für die freie Arztwahl eintrat, solange seine Partei nicht in den Vorständen und Verwaltungen der Krankenkassen saß.

Ganz andere Wege bereiten die Nationalsozialisten in der SV. und sozialen Fürsorge vor, was aus ihrer Weltanschauung und Lebensauffassung erklärlich ist. Sie kehren zu der Auffassung der alten Spartaner zurück: alles Lebensuntüchtige soll vernichtet werden gemäß dem Spruch Nietzsches: „Was fällt, soll man stoßen.“ Sie lehnen daher wohl grundsätzlich die soziale Fürsorge als künstliche Aufzucht von lebensschwachen Personen ab. Wenigstens geht dies aus der Schrift ihres Parteimitgliedes Ernst Mann, die unter der Aufschrift „Die Moral der Kraft“ erschienen ist. In derselben steht folgendes: „Der Staat sorge streng für die Vernichtung aller Schwächlinge und Kränklinge. Auf jährlichen Kontrollversammlungen ist der Gesundheitszustand des ganzen Volkes durch die besten Aerzte zu prüfen, die Kranken, Schwachen sind auszuschneiden und zu vernichten. Auch außerhalb dieser

Kontrollversammlungen sei es die Pflicht eines jeden, der sich krank und elend fühlt, sich den Kontrollärzten zu stellen, für jeden, der einen kranken, elenden Menschen antrifft, ihn der Gesundheitspolizei zu melden. Den Sektionsärzten sei genügend militärische Gewalt beigegeben, ihr Amt auch gegen den Willen der Kranken streng durchzuführen. — An anderer Stelle schreibt Ernst Mann (nomen est omen): „Schwer ist es für Kranke und Schwache, sich den Tod selbst zu geben. Zum Selbstmord gehört ein Grad von Furchtlosigkeit und Willenskraft, der den meisten Kranken fehlt. Oft sind dem Kranken die Mittel für einen schnellen, leichten Tod nicht erreichbar. Auch derjenige, welcher sich infolge seiner Tapferkeit, im Kampf für das Allgemeinwohl (z. B. im Krieg) eine schwere Verletzung oder Krankheit zugezogen hat, auch dieser hat kein Recht, seinen Mitmenschen als Krüppel oder Kranker zur Last zu leben. War er tapfer genug, seine Gesundheit, sein Leben im Kampfe aufs Spiel zu setzen, so soll er auch die letzte Tapferkeit besitzen, den wertlosen Rest seines Lebens selbst zu enden. Selbstmord ist die einzige Heldentat, die Kränklingen und Schwächlingen übrigbleibt. Jeder, dem es zum Bewußtsein kommt, daß er an einer chronischen Krankheit leidet, daß er nie vollste Kraft, Gesundheit, den freien Gebrauch seiner Gliedmaßen erreichen kann, soll seine letzte Willenskraft zusammennehmen, um sich von der Last seines Lebens durch den freiwilligen Tod zu befreien, und wäre es durch konstante Nahrungsverweigerung, wenn er sonst aller anderen Mittel zum Selbstmord beraubt ist. Für jeden Schwächling, für jeden mit chronischer oder vererbbarer Krankheit oder mit Verkrüppelung Behafteten ist Selbstmord die heiligste Pflicht.“ Ist es auch Wahnsinn, so liegt Methode darin. Clemenceau hat nach dem Kriege gesagt, daß 20 Millionen Deutsche zu viel sind. Nach dem Rezept des Herrn Ernst Mann könnte dieses Wort Lügen gestraft werden. Sein Programm ist auch der beste Weg, um die SV. dauernd zu sanieren. Die soziale Fürsorge ist überflüssig, wenn alle chronisch Kranken Selbstmord verüben; die Invaliditätsversicherung braucht keine Renten zu zahlen, wenn alle Kränklinge, die zum Selbstmord nicht den Mut aufbringen, vernichtet werden. Mit der Freiwilligkeit wird er allerdings voraussichtlich kein Glück haben; es wird schon kräftig zugegriffen werden müssen, wenn diese Grundsätze Tatsache werden sollen. Man wird Zwang ausüben müssen, nicht nur auf die Lebensuntüchtigen, sondern auch auf die Aerzte. Von der militärischen Gewalt, die den Aerzten in Aussicht gestellt ist, wird man ausgiebig Gebrauch machen müssen. Das Programm ist nur bei einer Diktatur der Aerzte durchführbar, allerdings einem ganz neuen Arzttyp; er wird entweder unmittelbarer Henker sein oder durch Analyse und Suggestion den Kränkling zum Selbstmord treiben.

Doch kehren wir aus dem dritten Reich zur Gegenwart zurück und fahren nach England. Dasselbst diente der SV. Deutschland als Muster, dem man allerdings nicht blind folgte. Namentlich ist daselbst die Trennung zwischen KV. und soziale Fürsorge folgerichtiger durchgeführt. Dies zeigt sich darin, daß die Tuberkulose als soziale Volkskrankheit von der Krankenversicherung losgelöst ist und den Kommunen die Pflicht auferlegt ist, für die Behandlung der Tuberkulösen, insbesondere für die Errichtung von Sanatorien zu sorgen. Ferner ist beachtenswert, daß die freie Behandlung, welche die Versicherten auf Kosten der KV. zu beanspruchen haben, gegenüber der ärztlichen Hilfe in Deutschland ziemlich beschränkt ist; sie umfaßt nur die Leistungen von Hausärzten; nicht inbegriffen sind Konsultationen, Apparatenbehandlung, Krankenhäuser und Sanatorien, Bestrahlungen, Behandlung durch Spezialisten; Geburtshilfe gehört auch nicht zu den Pflichtleistungen der Krankenkassen. Für alle Eingriffe oder Behandlungsarten, die über den

Rahmen hinausgehen, kann der Arzt eine Vergütung verlangen oder die Behandlung ablehnen.

Ueber die Stellung der englischen Aerzte klärt uns eine Denkschrift auf, welche der große Aerzteverband: British Medical Association verfaßt hat. Aus derselben entnehmen wir folgendes: Jeder Einnischung zwischen Arzt und Kranken, soweit es sich um tatsächlichen ärztlichen Beistand handelt, soll soweit als möglich eingeschränkt werden. Die Erfahrung hat gelehrt, daß jede solche Einnischung leicht politische Folgen annimmt, dadurch wird die Krankenkasse ein Spielball der politischen Parteien. Die Gesundheitsversicherung ist in England in mancher Beziehung besser als anderswo, weil die Verwaltung, die Kontrolle der ärztlichen Tätigkeit, die Disziplinierung der Aerzte immer mehr dem Aerztestande anvertraut wurde. Je mehr Verantwortung, desto besser der Dienst, desto reibungsloser der Verlauf. Der ärztliche Dienst muß darin seine Grundlage haben, daß jedem einzelnen Kassenmitglied ein praktischer Arzt, der Hausarzt, zur Verfügung steht. Der Facharzt bildet die Ergänzung des Hausarztes, soll ihn nicht ersetzen. Die übertriebene Arbeitsteilung ist geeignet, den ärztlichen Beistand so teuer zu gestalten, daß er letzten Endes nur mehr den Reichen erreichbar ist. Allerdings sind auch in England die Ansichten des Aerzteverbandes nicht ohne Widerspruch geblieben. Auch daselbst, wo ja eine sozialistische Regierung am Ruder ist, haben sich die sozialistischen Aerzte zusammengeschlossen und einen Ausschuß gewählt, dessen Aufgabe es sein soll, die Satzungen eines Verbandes der sozialistischen Aerzte auszuarbeiten. Die sozialistischen Aerzte glauben, daß die Ueberwindung der jetzt herrschenden Krise nur durch eine Sozialisierung der Aerzte und Apotheker und durch Kontrolle von seiten der Arbeiter überwinden werden kann.

Auch in dem neuen Gesetz in Frankreich ist der Versicherte mit 15—20 Proz. an den Arztgebühren beteiligt. An den Arzneikosten beträgt die Zuzahlung 15 Proz. Besonders sympathisch ist die Bestimmung des französischen Gesetzes: Jeder Versicherte ist berechtigt, gleichviel ob er krank ist oder nicht, jede 5 Jahre seinen Gesundheitszustand auf Kosten und nach den Sondervorschriften der Kassen eingehend prüfen zu lassen.

In der Schweiz ist auch manches anders vorgesehen als in Deutschland. Der Bund, die Kantone und auch die Gemeinden leisten namhafte Beiträge; die Prämien werden von den Mitgliedern selbst aufgebracht; die Arbeitgeber dürfen laut Gesetz nicht mit Krankenversicherungsbeiträgen belastet werden. Die Kassen sind befugt, die Mitglieder zu verhalten, bis zu einem Viertel zu den Heilkosten beizutragen. Die Aerzte in ihrer überwiegenden Mehrzahl, besonders die Aerzteorganisationen, befürworten das System, den Patienten an der Tragung der Heilkosten zu beteiligen, sehen sie doch darin das einzige Mittel, den gegen die Aerzte erhobenen Vorwurf, sie trügen die Hauptschuld an der stetigen Verteuerung der Krankenpflege, auf den berechtigten Umfang zurückzuschrauben.

Man sieht aus diesen Beispielen des Auslandes, daß auch andere Regelungen möglich sind als die deutschen, und daß die anderen Staaten zwar den Grundsatz der Zwangsversicherung angenommen haben, aber in den Einzelheiten ihre eigenen Wege gegangen sind. Auch in Deutschland wurde von maßgebenden Kreisen wiederholt betont, daß man vieles anders anlegen würde, wenn man über die gemachten Erfahrungen früher verfügt hätte. Es wurde bei uns schon vielleicht viel zu häufig umgeändert, aber keine Novelle hat das Richtige getroffen. Der tiefere Grund liegt darin, daß auch im Grundsätzlichen noch vieles ungeklärt, manches problematisch ist. Es ist zuviel und einseitig auf die materiell-mechanische Zeitströmung der Entstehung eingestellt geblieben, zuviel Normung und Typisierung; das Persönliche wird ver-

nachlässigt. Dies hat zur Folge gehabt, daß die Krankheit entpersönlicht wurde. Es ist einem großen Teil der Kassenmitglieder das Bewußtsein abhanden gekommen, daß sie als Einzelwesen für sich und ihre Familienangehörigen vorzusorgen und die Verantwortung zu tragen haben. Die Krankheit ist eine allgemeine Angelegenheit geworden, ein Teil der sozialen Frage. Das Kassenmitglied glaubt seine Pflichten gegen die Gesundheit erfüllt zu haben, wenn es die Beiträge zahlt und bei jeder Gesundheitsstörung sich einen Krankenschein nimmt und den Arzt aufsucht oder sich kommen läßt. Der Krankheitsbegriff ist aber nur in der Erklärung der RVO. einfach, in Wirklichkeit sehr mannigfaltig und vielgestaltig, vor allem häufig nicht eindeutig erfaßbar. Es gibt wirkliche, eingebilddete und vorgetäuschte Krankheiten. Dabei ist zu berücksichtigen, daß bei Erkrankungen die Phantasie stets eine große Rolle gespielt hat. Molière hat den „Eingebilddeten Kranken“ lange vor der Einführung der RVO. geschrieben. Es gibt objektiv nachweisbare und Krankheiten ohne Befund; es gibt sehr schmerzhaft leichte Erkrankungen und schwere, tödliche Krankheiten ohne Beschwerden. Dies alles erschwert nicht nur dem Versicherten, sondern auch dem Arzte die richtige Beurteilung; er ist auf Angaben angewiesen; diese sind aber in und durch die KV. nicht immer zuverlässig. Unter diesen Umständen kann kein vertrauensvolles Gegenseitigkeitsverhältnis bestehen. Der soziale Grundgedanke läßt sich nur verwirklichen, wenn bei der Durchführung sowohl der Selbstsucht des einzelnen als auch dem Allgemeinsinn der Massen gleichmäßig Rechnung getragen wird. Das Kassenmitglied steht der Krankheit zwar unpersönlich gegenüber, begreiflicherweise um so unpersönlicher, je leichter dieselbe ist, aber ihren Auswirkungen berechnend; er sucht alle Möglichkeiten zu verwirklichen und die vorgesehenen Leistungen erschöpfend für sich in Anspruch zu nehmen. Dem erhöhten Recht auf Gesundheitsschutz steht nicht immer die gesteigerte Pflicht auf Gesunderhaltung gegenüber. Es ist gegenwärtig so viel von der Menschheit die Rede, und man hat nie so wenig wie heute auf den Menschen selber Rücksicht genommen. Jedes Kassenmitglied weiß oder ahnt im Unterbewußtsein, wie wichtig der Wille auf die Gestaltung der Krankheit und ihren Verlauf ist; es hat aber nicht immer die für die Erhaltung der Gesundheit und die Wiederherstellung der Krankheit zweckmäßigste Einstellung. Eine richtig verstandene Volkshygiene bewirkt Flucht vor der Krankheit in die Arbeit; eine falsch eingestellte Flucht vor der Arbeit in die Krankheit. Die SV. ist aufgebaut auf Zwangsbeitritt und Risikenausgleich; Zwang macht mißtrauisch, Risikenausgleich begehrlieh.

Für diese psychologischen Auswirkungen hat man wenig Verständnis gehabt. Die Einstellung der Versicherungsträger ist mechanisch materiell und kaufmännisch. Auch sie sehen die Krankenkassen als Betriebe an, die nach den Regeln und Gebräuchen der kaufmännischen und gewerblichen Unternehmungen geführt werden, allerdings mit stark bürokratischem Einschlag. Daher erschallt auch hier der Ruf nach Rationalisierung, der sich namentlich in der Gewährung der ärztlichen Hilfe sowie in der Errichtung von Eigenbetrieben in die Tat umsetzte. Bei der Abgrenzung ging man allerdings nicht rationell vor. Der Drang nach Zusammenfassung, Erweiterung des Betätigungsgebietes und Massenbetrieben brachte es mit sich, daß in Deutschland auch weite Gebiete der sozialen Fürsorge von den SV.-Einrichtungen versehen werden. Es besteht das Bestreben, die SV. zur Grundlage der sozialen Hygiene und sozialen Medizin zu machen. Das Reichsarbeitsministerium will das Schwergewicht der gesundheitlichen Fürsorge auf die SV. verlegen und damit den Selbstverwaltungskörpern einen Teil ihrer wichtigsten gesundheitlichen Aufgaben nehmen. Die Versicherungsträger sollen den Sammelpunkt der gesund-

heitlichen öffentlichen Fürsorge bilden. Man geht von der Ansicht aus, daß die SV. eine höhere Form des gesundheitlichen Schutzes der breiten Bevölkerungsschichten darstellt. Auch dies ist nicht so einfach und sicher, wie es ausgesprochen wird. Die allgemeine Gesundheitsfürsorge gehört nicht unbedingt zu den Leistungen der SV., es ist zweckmäßiger, wenn dieselbe, wie in England, als öffentliche Fürsorge den Selbstverwaltungskörperschaften erhalten bleibt.

Wird die gesundheitliche Beaufsichtigung vorgeschrieben und bei der Behandlung ein gesetzlicher Zwang vorgesehen, dann ist es folgerichtig, daß öffentliche Körperschaften und nicht die SV. diese Zwangsmaßnahmen gleichmäßig allen Beteiligten gegenüber durchführt, ohne Rücksicht darauf, ob der Betroffene Kassenmitglied ist. Daß die öffentliche Gesundheitspflege und die Bekämpfung von Volkskrankheiten eine gesellschaftliche Regelung erheischt, darüber besteht wohl keine Meinungsverschiedenheit. Hier ist auch die ärztliche Hilfe keine persönliche Leistung, vielmehr öffentliche Pflicht.

Der sozialen Fürsorge liegt der rationale Gedanke zugrunde, mit geringen Mitteln große Erfolge zu erzielen; vorbeugen ist billiger als heilen. Das Irrrationelle liegt darin, daß ein großer, umständlicher Apparat und eine kostspielige Organisation in Bewegung gesetzt werden muß, die viel unnütze und überflüssige Arbeit leistet. Die Gesundheitsfürsorge bedeutet eine Krankheitsvoraussetzung, sie gibt ein Recht auf Krankheitsbewußtsein. Es ist für die Lebensauffassung nicht zweckmäßig, daß man das unbewußte Gesundheitsgleichgewicht verliert und fortdauernd angelegentlich darauf aufmerksam gemacht wird, welche Krankheitsmöglichkeiten drohen. Durch ein Uebermaß an sozialer Fürsorge wird der Mensch aus seiner natürlichen Unbefangenheit herausgerissen und beobachtet sich, beschäftigt sich mit Krankheitsmöglichkeiten, wittert in jedem Unbehagen den Beginn einer schweren Krankheit. Dadurch entsteht Nervosität, Krankheitsangst, Flucht in die Krankheit vor den Schwierigkeiten des Lebens. Je bequemer es dem einzelnen gemacht wird, sich in den Fürsorgestellen untersuchen zu lassen, je häufiger er zu diesen Untersuchungen kommandiert wird, desto ungünstiger entwickelt sich sein Zustand in der Richtung der Selbstbeobachtung und Krankheitsfurcht. Dazu kommt die Propaganda für diese sozialen Einrichtungen, welche die Aufklärung etwas einseitig im Sinne der Aengstlichkeit betreibt. Man geht von der Voraussetzung aus, jeder Mensch ist entweder krank oder hat Krankheitskeime in sich oder wenigstens eine krankhafte Veranlagung. Eine richtig verstandene Aufklärung und Belehrung soll den Schwachen stark machen; die moderne, mechanisch eingestellte macht aber den Starken schwach. Sie ist darauf eingestellt, die Menschen zu jämmerlichen hilflosen, behandlungsbedürftigen Wesen abzustempeln, die man fortdauernd am gesundheitlichen Gängelbande führen muß. Ueberall werden Ansteckungsmöglichkeiten gewittert, das gesundheitliche Minderwertigkeitsgefühl fortdauernd wachgehalten. Eine möglichst bald einsetzende Behandlung ist oft ein Segen, manchmal überflüssig, sie kann auch schädlich wirken.

Auch hier machen sich parteipolitische Tendenzen fühlbar. So wird in Deutschland planmäßig die Sozialisierung der Heilärzte durch die Fürsorgestellen angestrebt und gleichzeitig durch die Krankenkassen. Daher die Unterstellung der sozialen Fürsorgestellen unter die KV. und der Ausbau der Eigenbetriebe der Krankenkassen. Gerade die jetzige Zeit des wirtschaftlichen Niederganges lehrt, daß die Verbindung von Volksgesundheit und Volkswirtschaft, wie sie der deutschen SV. eigen ist, gewisse Gefahren birgt. Die Ausgaben sind infolge der wirtschaftlichen Not größer, da in solchen Zeiten des Niederganges die KV. immer mehr zur Krisenversiche-

rung wird. Diesen gesteigerten Ausgaben stehen geringere Einnahmen gegenüber, schon infolge der kleineren Anzahl der Kassenmitglieder, sowie der geringeren Löhne, die ein Sinken der Beiträge zur Folge haben. Die niedergesunkene Wirtschaft ist nicht imstande, dieses Defizit zu decken. Im letzten Jahre betrug die sozialen Lasten bis 20 Proz. des Lohnes, das heißt je vier Kassenmitglieder müssen so viel leisten, daß ein Fünftler ohne Arbeit existieren kann, also von ihnen erhalten wird.

(Fortsetzung folgt.)

Die Reformbedürftigkeit der Wohlfahrtspflege

bildete den Gegenstand einer Aussprache auf der Tagung des Vereins für Kommunalwirtschaft und Kommunalpolitik. Der Redner, Stadtrat Muthesius (Berlin), wies darauf hin, daß heute der fünfte Teil der Bevölkerung ganz oder teilweise von öffentlichen Mitteln lebe. Drei Methoden sind es vor allem, die zur Durchführung der Wohlfahrtspflege angewandt werden: Versicherung, Versorgung, Fürsorge. Wir müssen darauf hinwirken, daß der äußerlichen Wohlfahrtspflege auch eine innere, gesunde Einstellung der Bevölkerung folgen muß. Dazu sind vor allem zwei Dinge notwendig: die Neuabgrenzung der Mittel und die Neuabgrenzung des Verhältnisses vom Staat und vom Individuum zur Wohlfahrtspflege. Der Kleinrentner soll keinem Wechsel der Wohlfahrtsmittel unterworfen werden; es soll bei der Fürsorge bleiben. Anders ist es bei dem Sozialrentner; eine Verkoppelung der beiden Gruppen ist heute nicht mehr möglich. Eine Abänderung der Fürsorge für den Sozialrentner erweist sich als notwendig. Die individualisierende Behandlung der Versicherungspflichtigen für die fürsorgenden Methoden muß im allgemeinen mehr gepflegt werden. Fürsorge kann nur in den Händen verantwortlicher Stellen geübt werden und darf nicht durch Gesetze mechanisiert werden. Die private Unterhaltungspflicht muß erweitert und klarer gefaßt werden. Eine sinnvolle Gestaltung der Wohlfahrtspflege muß gepflegt werden. Das Gesetz selbst ist sich über allgemeine Fragen (z. B. über die Rückgabe von Unterstützungsmitteln) nicht einig. Eine Lastenverteilung ist nie ganz gerecht; es wird stets Fälle geben, die einzelne, den Staat, Kommunen oder Personen ungerecht belasten. Der Mitberichterstatter, Landrat Kracht (Heide), beleuchtete das Thema vom Standpunkt der ländlichen Fürsorge und kam zu dem Ergebnis: Die beste Wohlfahrtspflege sei eine positive Fürsorge für die gesamte Landbevölkerung, eine Fürsorge, die dem Bauer wieder seine Scholle lieb macht.

Bkk.

Die verdamnten Fremdwörter.

Das Reichsarbeitsministerium mahnt in seiner Zeitschrift „Die Reichsversicherung“ Nr. 3:

„Die Invalidenversicherung ist ‚pleite‘ — die Knappschaftliche Versicherung ist ‚pleite‘ — die Arbeitslosenversicherung ist ‚pleite‘. Solche Schlagworte hört, noch häufiger liest man in der letzten Zeit öfter. Ein beinahe noch bedenklicheres Schlagwort hat die letzte Zeit geprägt mit dem Ausdruck ‚Soziallast‘.

Es gibt keine ‚Pleite‘ der Sozialversicherung, sondern nur eine schwierige geldliche Lage; diese ist zu überwinden. Oder seit wann wird der große öffentliche Volkshaushalt, die Volksgemeinschaft, die die oberste Trägerin der deutschen Sozialversicherung verkörpert, nicht mehr als eine sichere Grundlage für die Erhaltung unserer Sozialversicherung angesehen? Solange wir uns nicht selbst aufzugeben brauchen, ist der Haushalt der Sozialversicherung immer dem Grunde nach gesichert. Es wird also genügen, wenn man bei der Beurteilung der augenblicklichen Verhältnisse von einer schwierigen

Lage des einen oder anderen Versicherungszweiges spricht; der Ausdruck „pleite“ ist zumindest eine Uebertreibung.

Weshalb man unsere sozialen Aufwendungen, die, mag man auf einer Seite stehen wie man will, auch so viele gute volkswirtschaftliche, volksgesundheitliche und staatspolitische Seiten hat, mit dem Ausdruck „Soziallast“ beehrt, mag uns nicht recht verständlich erscheinen; um so schlimmer, wenn dieser Ausdruck auch von Behörden gebraucht wird. Der Ausdruck „Sozialaufwendungen“ klingt genau so gut und vermeidet einen Doppelsinn.

Wir brauchen nicht zu betonen, daß die beanstandeten Schlagworte dem Ansehen der deutschen Sozialversicherung nur schaden!“

Spezifikation der ärztlichen Gebührenrechnung?

Von Amtsgerichtsrat i. R. Franz.

In dem Ehescheidungsstreit des Ehemanns A gegen seine getrennt lebende Ehefrau, zu deren ärztlicher Behandlung der Ehemann keinen Auftrag erteilt hatte, hatte das Gericht einstweilige Verfügung erlassen, daß der Ehemann 300 M. an den Arzt C zu zahlen habe. Ehemann A zahlte nicht direkt an den behandelnden Arzt, sondern an den Bevollmächtigten seiner Ehefrau, weil der Arzt sich weigerte, spezifizierte Rechnung zu stellen. Aus letzterem Grund erhob A auch Klage mit dem Antrag, zu erkennen, der Arzt C sei verpflichtet, spezifizierte Rechnung zu stellen über den in der Zeit von . . . seiner Ehefrau erwiesenen ärztlichen Beistand.

Der Arzt C wandte ein, aus der besonderen Natur der ärztlichen Dienstleistung ergebe sich, daß eine Verpflichtung zur Spezifikation nicht bestehe, es gebe auch keinen Rechtssatz, daß der Arzt Bezahlung für geleistete Dienste erst verlangen könne, wenn er Rechnung hierüber gestellt habe; im übrigen berufe er sich auf das dem Arzt obliegende Berufsgeheimnis.

Diese Einwendungen sind nicht begründet.

Von einem Berufsgeheimnis gegen über dem Ehemann kann nicht die Rede sein, wenn der Arzt die Ehefrau ärztlich behandelt hat. Kläger A will auch gar nicht die Krankheit seiner Frau oder deren Ursache kennen, sondern nur wissen, welche Dienstleistungen im einzelnen der Arzt gemacht hat. Im übrigen wären allgemeine Angaben, wie: Einspritzung, Massage, Auskultation ohne nähere Angabe der Körperteile, an denen sie gemacht wurden, keine Verletzung des Berufsgeheimnisses.

Ein allgemein geltender Rechtssatz, daß der Arzt erst Bezahlung verlangen kann, nachdem er Rechnung hierüber gestellt hat, besteht allerdings nicht. Entscheidend ist das zwischen Arzt und Patient bestehende Rechtsverhältnis (Dienstvertrag § 611). Bei ärztlichen Dienstleistungen wird in der Regel eine Vereinbarung über die Höhe der Vergütung nicht getroffen. Ist aber über die Höhe der Aerztekosten nichts vereinbart, so ist die übliche Vergütung zu entrichten. Der Patient ist aber nicht in der Lage, ohne Spezifikation nachzuprüfen, ob der Arzt in seiner Pauschalforderung nicht die übliche Taxe überschritten hat, da er ja die einzelnen Sätze nicht kennt.

Die entgegengesetzte Ansicht würde zu dem Ergebnis führen, daß der Patient die ihm vorgelegte Rechnung stets ohne Nachprüfung begleichen müßte, auch wenn sie ihm zu hoch erscheint. Weiter ist zu beachten, daß die Vergütung erst gegeben werden muß, wenn die versprochenen Dienste geleistet werden; der Zahlungspflichtige muß also erfahren, welche Dienste geleistet wurden.

Es handelt sich im gewissen Sinne auch um eine Vorleistungspflicht des Arztes. Daß die Spezifikation der Rechnung der Zahlung vorauszugehen hat, ergibt sich auch aus § 611 BGB., wonach der Dienstpflich-

tige, in unserem Fall der Arzt, seine Dienste vorleisten muß; die Verpflichtung zur Rechnungsstellung ist aber nichts anderes als eine Nebenleistung des Dienstpflichtigen.

Dazu kommt die allgemeine Erwägung, daß nicht einzusehen ist, warum der Arzt nicht ebenso wie jeder andere, der selbständige Dienste leistet, zur Spezifikation seiner Rechte verpflichtet sein soll.

Schon die allgemeine Vorschrift des § 212, „daß der Schuldner (Leistungspflichtige) die Leistung so zu bewirken hat, wie Treu und Glauben mit Rücksicht auf die Verkehrssitte es erfordern“, schließt die Verpflichtung in sich, daß der Arzt, ebenso wie ein Apotheker oder ein Kaufmann, sein Honorar erst beanspruchen kann, wenn er die verlangte Spezifikation gegeben und dem Patienten die Nachprüfung der Rechnung ermöglicht hat.

Die Einwendungen des Arztes sind also nicht stichhaltig. Er mußte dem Ehemann, der zudem ein besonderes Interesse an der Art und dem Umfang der ärztlichen Behandlung hatte, weil nicht er, sondern seine von ihm getrennt lebende Frau den Arzt um Behandlung ersucht hatte, die Nachprüfung ermöglichen dadurch, daß er ihm die Unterlagen hierzu durch Spezifikation der Rechnung aushändigte. Der Arzt wurde verurteilt.

Das Ergebnis ist also:

Der Arzt kann Bezahlung seiner Dienste erst verlangen, sobald er Rechnung hierüber gestellt hat; er ist zur Spezifikation der Gebührenrechnung auf Antrag des Zahlungspflichtigen verpflichtet, damit der Patient feststellen kann, welche Dienste der Arzt geleistet hat, und ob die übliche Taxe eingehalten ist.

Bericht über die Sitzung des Engeren Vorstandes der Bayer. Landesärztekammer am 26. April 1931 in Nürnberg.

Dem Verein für ärztliche Mission, dem bisher erfreulicherweise zirka 500 Aerzte in Bayern beigetreten sind, wurde ein Betrag von 300 M. für dieses Jahr genehmigt.

Von den Landesversicherungsanstalten und Versorgungsgerichten werden Patienten und Vertretern der Versicherten vielfach Zeugnisse von Aerzten bekanntgegeben. Es wurde mitgeteilt, daß es sich nicht vermeiden lasse, vor den Gerichten den Vertretern Einsicht in die Akten zu gewähren. Die Aerzte sollten bei Invaliditätsgutachten mehr Rückgrat zeigen und es strikte ablehnen, ein Zeugnis auszustellen, wenn keine Invalidität vorliegt; auch sollten sie nicht den Grad der Erwerbsunfähigkeit begutachten, sondern einen guten Befund geben.

Es ist bedauerlich, daß auf dem Fakultätentag in Göttingen das von der Aerzteschaft geforderte Punktsystem bei den ärztlichen Prüfungen verlassen worden ist. Die Aerzteschaft muß verlangen, daß die Prüfungen strenger gehandhabt und Kollektivprüfungen eingeführt werden. Die Aerzteschaft muß gegen jede Abschwächung des Prüfungssystems energisch protestieren.

Bedauerlicherweise haben die Fakultäten noch nicht Stellung genommen zu der Frage: vertrauensärztliche Nachuntersuchungen der Versicherten in Krankenhäusern. Auch hier sollten die Fakultäten den Versicherungsträgern gegenüber mehr Rückgrat zeigen und mit der Aerzteschaft sich in Verbindung setzen; u. a. wurde vorgeschlagen, für die einzelnen Vorlesungen und Kurse einen Numerus clausus einzuführen. So wie jetzt bei der Ueberfüllung die Dinge gehandhabt werden, handle es sich um eine Scheinausbildung. Entschieden müssen wir uns dagegen wehren, daß den Prüfungsgang des Arztes die Krankenkassen und Berufsgenossenschaften beeinflussen wollen.

Schließlich wurde beschlossen, eine Denkschrift der bayerischen Regierung zu übermitteln.

Auf dem Gebiete der Kurpfuscherei bestehen

offenkundige Mißstände. Bedauerlicherweise wird die Kurpfuscherei auch durch behördliche Einrichtungen gefördert statt bekämpft. In der Radiozeitung, im Rundfunk usw. ist eine Menge kurpfuscherischer Anzeigen enthalten. Im Rundfunk wurde eine Reklame für die Wohlmuth-Apparate geduldet. Die bayerische Regierung und die Amtsärzte müssen viel energischer gegen die Kurpfuscherei vorgehen. In Bayern blüht die Kurpfuscherei wie nirgendwo im Reich.

Als Hauptgegenstand auf dem heurigen Bayerischen Aerztetag in Nürnberg soll die Krebsbekämpfung behandelt werden. Als Referenten wurden aufgestellt: Geheimrat Dr. Borst (München) und Sanitätsrat Dr. Glasser (Brannenburg). Entschieden müssen wir uns gegen Fürsorge- und Untersuchungsstellen für Krebskranke und Krebsverdächtige wenden. Es darf nicht so weit gegangen werden, daß das ärztliche Berufsgeheimnis verletzt wird. Es erleiden die Patienten, die zu Krebsberatungsstellen geschickt werden, einen seelischen Schock. Wenn alles in der Heilkunde konzentriert werde, verlieren die Aerzte ihre Erfahrung.

Bedauerlich ist, daß auch die Kurpfuscher sich in die Sache immer mehr einmischen und öffentliche Versammlungen über Krebsbekämpfung abhalten. Dadurch wird das Publikum schwer geschädigt und irreführt. Die Behörden hätten hier ein dankbares Feld der Betätigung.

Bezüglich der Bayerischen Aerzteversorgung waren wieder verschiedene Anträge eingelaufen, die behandelt wurden. Allgemein war man der Ansicht, daß endlich einmal mit Änderungen der Aerzteversorgung Schluß gemacht werden soll.

Es wurde darauf hingewiesen, daß die ärztlichen Bezirksvereine und die kassenärztlichen Vereine keine Bürgerschaft für Aerzte übernehmen dürfen.

Es folgte eine eingehende Aussprache über die ärztlichen Berufsgerichte in Bayern. Vor kurzer Zeit fand eine Besprechung der Vorsitzenden der Berufsgerichte statt, die sehr anregend verlief. Verschiedene Anfragen wurden von seiten des Ministeriums beantwortet.

Unter anderem wurde auch darauf hingewiesen, daß bezüglich der Disziplinierung von Aerzten eine engere Zusammenarbeit zwischen Bezirksverein und kassenärztlichem Verein stattfinden soll. Es ist erforderlich, daß ein Ausschluß aus dem ärztlichen Bezirksverein auch dem kassenärztlichen Verein mitgeteilt wird. Im allgemeinen zieht der Ausschluß aus dem Bezirksverein nicht zugleich den Ausschluß aus dem kassenärztlichen Verein nach sich.

Bei diesem Punkt wurde noch kurz über die von uns geforderte Reichsärztekammer und Reichsärzteordnung gesprochen, die zur Erhaltung der Integrität des deutschen Aerztesandes dringend notwendig sind. Es ist zu bedauern, daß in Kreisen des Bayerischen Landtags vielfach die Meinung besteht, daß die ärztlichen Berufsgerichte hinter verschlossenen Türen arbeiten, und daß dieselben einen gewissen Standesdünkel an den Tag legen, was ganz und gar nicht der Fall ist. Gerade die Parlamente sollten das Bestreben der Aerzteschaft, ihren Stand integer zu erhalten, unterstützen, zumal ein sittlich hochstehender Aerztestand im öffentlichen Interesse liegt.

Bezüglich der Gewerbesteuer wurde eine Denkschrift an das zuständige Ministerium geschickt.

Vom Verein bayerischer Bahnärzte ist die Einsetzung eines eigenen Ehren- und Oberehrensrates geplant. Es bedeutet dies einen Eingriff in die Berufsgerichtsordnung, der natürlich nicht zulässig ist. Eine solche Satzungsänderung würde vom Registergericht nicht genehmigt werden können.

Ueber den Wahlvorschlag zum Geschäftsausschuß des Deutschen Aerztevereinsbundes wurde kurz gesprochen.

Bedauerlicherweise hat Herr Kollege Schmitz (Abbach) seinen Austritt erklärt. Es wird ihm der Dank der Bayerischen Landesärztekammer für seine bisherigen Bemühungen für den Aerztesand ausgesprochen.

Verschiedene Gebührenfragen wurden besprochen. Bezüglich der Gehaltskürzung der Krankenhausärzte wurde ein Gutachten eingeholt. Die Gebühren bei den Oberversicherungsämtern und Versorgungsgerichten können zur Zeit nicht erhöht werden.

Bezüglich der kommenden Landtagswahlen wurde in Aussicht genommen, sich zu bemühen, daß Aerzte von den verschiedenen Parteien aufgestellt und gewählt werden.

Bezüglich der Kurpfuschereibekämpfung konnte leider festgestellt werden, daß weder von der bayerischen Regierung noch von den Bezirksärzten oder den Bezirksvereinen viel geschieht, obgleich gerade der Kampf gegen die Kurpfuscherei in Bayern dringend notwendig ist. Man sollte vielmehr mit der Anklage wegen „unlauteren Wettbewerbes“ gegen die Kurpfuscher vorgehen. Es wurde angeregt, einen Kollegen anzustellen, der das Material sammelt und durch Schrift und Wort gegen die Kurpfuscherei arbeitet; das dafür ausgegebene Geld würde sich vielfach rentieren. Dieser Anregung soll nachgegangen werden. Außerdem wurde beschlossen, mit Hilfe der Rote-Kreuz-Vereine Vorträge halten zu lassen, wofür 500 M. bereitgestellt wurden.

Unter anderem wurde auch bemerkt, daß die Vereine viel mehr als bisher das grüne Blatt „Zeitschrift für Volksaufklärung gegen Kurpfuscherei und Heilmittelschwindel“ (Verlag Herbert Krukow, Berlin N 58, Eberswalder Straße 30) unterstützen und abonnieren sollen. Vor allem sollte diese Zeitschrift in öffentlichen Lokalen und Wirtschaften aufgelegt werden. Man war sich darüber klar, daß durch die Kurpfuscherei eine ungeheuerere Schädigung der Gesundheit des Volkes und ein großer Volksbetrug geschieht.

Als Vertreter der Landesärztekammer für den Landesauschuß des Versicherungsverbandes wurde vorläufig Herr Scholl bestellt; es sollen weiter zwei Ersatzleute benannt werden.

Als Vertreter für die Deutsche Arzneimittelkommission wurde Herr Kollege Herd (Bamberg) benannt.

Zum Schlusse wurde über eine eigenartige Titelverleihung in München gesprochen, die als eine Umgehung des Titelwesens anzusehen ist.

Bericht über die Sitzung des Engeren Vorstandes des Bayer. Aerzteverbandes am 25. April 1931 in Nürnberg.

Die Angelegenheit Unfallstation in München wird in Gegenwart des Hauptgeschäftsführers des Hartmannbundes und eines Vorstandsmitgliedes des Münchener Aerztevereins für freie Arztwahl eingehend besprochen. Als Ergebnis dieser Besprechung wird beschlossen, die Streitfrage vor einem Reichsschiedsgericht durchzuzufechten, wobei festgelegt wird, auf welche Punkte bei diesen Verhandlungen das größte Gewicht gelegt werden soll. Insbesondere soll bei diesen Verhandlungen darauf hingewiesen werden, daß der derzeitige leitende Arzt der Unfallstation niemals als Durchgangsarzt anerkannt und auch von der Bezirksarbeitsgemeinschaft zwischen der Vereinigung berufsgenossenschaftlicher Verwaltungen in Bayern und dem Bayerischen Aerzteverband als solcher nicht bestellt wurde.

Bezüglich der Hauptversammlung des B. Ae. V., die am 13. September in Nürnberg stattfinden soll, wird beschlossen, ein Referat über die Wirtschaftslage des ärztlichen Standes erstatten zu lassen, für das ein besonders sachkundiger Referent gewonnen werden soll.

Weiterhin soll noch ein Referat über die Auswirkung der Notverordnungen in Bayern erstattet werden, für das Herr Schömig (Rottendorf) ausersehen ist. Endlich wird beabsichtigt, auch ein kurzes Referat über die Durchgangsarztlfrage erstatten zu lassen.

Die derzeitige Lage des Aertztestandes und die Stellung der Aerzteschaft zur Sozialversicherung wird nach einem Bericht des Herrn Steinheimer eingehend besprochen, wobei besonders die Verhandlungen im Gesamtvorstand des Hartmannbundes zur Kenntnis der Vorstandschafft gebracht wurden (siehe Bericht in den Aerztlichen Mitteilungen Nr. 17).

Weiterhin beschäftigte sich die Vorstandschafft mit dem Vertrag mit der Postbeamtenkrankenkasse. Die Stellungnahme der ärztlichen Vertreter bei den letzten Vertragsverhandlungen wird gebilligt und denselben Weisung für die nächsten Verhandlungen erteilt.

Die Frage der neuen Zusammensetzung der Röntgenkommission und die Bestimmungen über die Zulassung zum Röntgen bei den reichsgesetzlichen Krankenkassen werden ausführlich besprochen. Der von einer Röntgenkommission eingenommene Standpunkt, daß neben der Ausbildung zum Facharzt noch eine besondere zweijährige röntgenologische Ausbildung für die Tätigkeit als Teilröntgenologe notwendig sei, kann seitens des Vorstandes nicht geteilt werden und wird abgelehnt.

Eine Handwerkerkrankenkasse, die dem Bayerischen Gewerbebund angehört, zahlt an ihre Versicherten Krankengeld und verlangt von den Aerzten, daß dieselben unentgeltlich Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auf vorgedruckten Formularen ausstellen. Es wird beschlossen, die Angelegenheit mit dem Vorsitzenden der Handwerkskammer persönlich zu besprechen, um auf diese Weise eine befriedigende Lösung zu erzielen.

In Passau wurde vom Ooberversicherungsamt eine Zulassungssperre für die reichsgesetzlichen Krankenkassen für die Dauer von drei Jahren angeordnet. Bedauerlicherweise wurde seitens der ärztlichen Organisation keine Beschwerde zur obersten Instanz eingelegt. Die Angelegenheit wird dem Hartmannbund zur weiteren Behandlung übergeben.

Ein Antrag Dr. Dörfler (Weißenburg), den Aerzten, die sich im Ausland um das Deutschtum verdient gemacht haben, bei ihrer Rückkehr nach Bayern eine Wartezeit zu erlassen, kann in dieser Form nicht angenommen werden, doch werden die ärztlichen Vertreter beim Landesauschuß beauftragt, einen entsprechenden Antrag auszuarbeiten, daß in den § 52 der Zulassungsordnung Absatz 1a eingefügt wird, daß auch solche Aerzte bei der Zulassung zu bevorzugen sind.

Zum Schluß erfolgt noch eine Besprechung über die derzeitige Finanzlage des B.Ae.V. sowie über die Neubesetzung der Rezeptschiedsstelle München.

Steuerbefreiung nach § 2 Nr. 9 UStG. betreffend.

Der Reichsminister der Finanzen.

S 4146 — 8 III.

Berlin, den 11. März 1931.

Es ist von verschiedenen Seiten angeregt worden, die Vergünstigung des § 2 Nr. 9 UStG. auf die von den öffentlichen Fürsorgeverbänden zu zahlenden Entgelte auszuweiten, da besonders bei den jetzigen Wirtschaftsverhältnissen den Fürsorgeverbänden in weitem Umfange hilfsbedürftige Personen zur Last fallen, deren Anspruch auf Leistungen der reichsgesetzlichen Versicherungsträger erloschen ist, oder denen ein solcher Anspruch überhaupt nicht zusteht. Aerzte und Apotheker empfinden es als Unbilligkeit, daß sie nur für Leistungen zu Lasten der reichs-

gesetzlichen Versicherungsträger von der Umsatzsteuer befreit sind, für gleichartige Leistungen zu Lasten der Fürsorgeverbände jedoch Umsatzsteuer entrichten sollen, und zwar selbst dann, wenn die Fürsorgepflicht gegenüber Angehörigen der gleichen Personengruppe eingetreten ist, für deren ärztliche Behandlung usw. vorher die Krankenkassen die Kosten getragen haben.

Vorbehaltlich einer Aenderung des § 21 USt. DB. ermächtige ich daher die Finanzämter, mit Wirkung vom 1. Januar 1930 ab die Landes- und Bezirksfürsorgeverbände im Sinne des § 1 der Verordnung über die Fürsorgepflicht vom 13. Februar 1924 — Reichsgesetzblatt I., S. 100 — umsatzsteuerlich reichsgesetzlichen Versicherungsträgern (§ 2 Nr. 9 UStG.) gleichzustellen, so daß für die von den Fürsorgeverbänden gezahlten Entgelte Befreiung von der Umsatzsteuer im Rahmen des § 21 USt. DB. eintritt. Das gilt auch für die in einigen Ländern bestehenden Ortsfürsorgeverbände, da sie Bezirksfürsorgeverbände im Sinne der Fürsorgepflichtverordnung darstellen.

gez. Dietrich.

Landesversicherungsanstalt von Oberbayern.

(Wiederholt.)

Mit Wirkung vom 1. April 1928 werden nachfolgende Gebührensätze festgesetzt:

- | | |
|---------------------------------------------------------|---------|
| 1. Gutachten zu Rentenanträgen | 7.— RM. |
| 2. Gutachten in Sachen der Rentenkontrolle | 7.— „ |
| 3. Gutachten zu Heilverfahren bei Tuberkulose | 5.— „ |
| 4. Gutachten für gewöhnliche Heilverfahren | 4.— „ |
| 5. Kurze Mitteilungen und Aeußerungen | 2.50 „ |

Ab 1. Januar 1928 werden

- die Beobachtungsgutachten aus dieser Regelung herausgenommen und mit einem Gebührensätze von 10.— bis 50.— RM. vergütet und
- für Gutachten über Gebrechlichkeit von Kindern eine Gebühr von 3.— RM. bezahlt.

Die Aerztegebühren sollen in Zukunft vierteljährlich nachträglich zur Zahlung gelangen.

Verordnung über die Abgabe starkwirkender Arzneien sowie die Beschaffenheit und Bezeichnung der Arzneigläser und Standgefäße in den Apotheken.

Nr. 5349 a 19 vom 2. April 1931.

Von dieser Verordnung, die sofort in Wirkung tritt, hat für den Arzt nur § 3 Bedeutung, in dem bestimmt ist, daß die wiederholte Abgabe von Arzneien zum inneren Gebrauche, welche Betäubungsmittel und neuerdings auch Ascaridol enthalten, ohne jedesmal erneute ärztliche Anweisung nur dann gestattet ist,

- insoweit die Wiederholung in der ursprünglichen Anweisung für zulässig erklärt und dabei vermerkt ist, wie oft und bis zu welchem Zeitpunkt sie stattfinden darf, oder
- wenn die einzelne Gabe aus der Anweisung ersichtlich ist und deren Gehalt an den bezeichneten Drogen und Präparaten die Gebrauchsmenge, welche in einer eigenen Liste (für die betreffenden Mittel) angegeben ist, nicht übersteigt.

Von dem Abdruck der sehr umfangreichen Liste wurde hier Abstand genommen. (Siehe gegebenenfalls RGBl. Nr. 5349 a 19 vom 2. April 1931.)

§ 4. Die wiederholte Abgabe von Arzneien zum inneren Gebrauche, welche . . . Diäthylbarbitursäure oder deren Salze oder Unterverbindungen, ferner indischen Hanf und dessen Zubereitungen, Luminal und dessen Salze, Optochin und dessen Salze, Paraldehyd, Uretan . . .

enthalten, darf nur auf jedesmal erneute schriftliche, mit Datum und Unterschrift versehene Anweisung eines Arztes erfolgen.

§ 5. Die wiederholte Abgabe von Arzneien in Fällen des § 3 ist nicht gestattet, wenn sie von dem Arzte durch einen auf der Anweisung aufgesetzten Vermerk untersagt worden ist.

Anmerkung der Arzneimittelkommission München:

Es wird den Herren Kollegen empfohlen, von dem § 5 weitgehendsten Gebrauch zu machen, am besten dadurch, daß auf den Privatrezepten unten ein Absatz aufgedruckt wird, „Ohne ausdrückliche schriftliche Zustimmung des Arztes darf keine Wiederholung vom Apotheker angefertigt werden“ — „ne reiteration“ oder ähnliches.

Kustermann.

Vereinsnachrichten.

(Originalbericht der Bayerischen Aerztezeitung.)

Aerztlicher Kreisverband Schwaben E. V.

Vorsitz: Geh. San.-Rat Dr. Hoerber.

An der Sitzung, die am 19. April in Augsburg stattfand, nahmen 17 Delegierte aus 9 Vereinen und der Kassenfürher der schwäbischen Sterbekasse teil.

Der unterzeichnete Geschäftsführer des Kreisverbandes erstattete Kassenbericht. Der Vorstand wurde einstimmig entlastet. Bei der günstigen Finanzlage des Verbandes konnte beschlossen werden, den Beitrag von 1 M. pro Mitglied und Jahr auf 50 Pfg. herabzusetzen. Beitragsrückständig ist zur Zeit kein Verein. Danach erstattete der Kassenfürher der Sterbekasse, Herr Sanitätsrat Dr. Schmidt-Bäumler (Augsburg), Rechnungsbericht über die Sterbekasse. Er knüpfte daran die Bitte, die Beiträge möchten rechtzeitig einbezahlt und die Mitgliederverzeichnisse von den einzelnen Vereinen laufend richtiggestellt werden. Entlastung wurde einstimmig erteilt und die Abrechnung genehmigt. Ein Vorschlag, den Satz des Sterbegeldes von 1000 M. auf 2000 M. zu erhöhen, wurde abgelehnt mit der Begründung, daß eine weitere Belastung der Aerzte durch Beiträge in einer Zeit, in der die Einnahmen sich verringern, vermieden werden muß. Bezüglich des Deutschen Arztes Tages wird gebeten, daß Vereine, die keinen Vertreter abschicken können, dafür sorgen sollen, ihr Mandat zu übertragen. Was die Entscheidung zur Anerkennung als Facharzt anbelangt, so können die einzelnen Bezirksvereine sowohl generell beschließen, diesbezügliche Anträge dem Facharztausschuß des Aerztlichen Bezirksvereins Augsburg zur Entscheidung zu übertragen, als auch mit Einverständnis des betreffenden Kollegen einen einzelnen Fall in Augsburg entscheiden lassen. Es wurde darauf hingewiesen, daß die

Bezeichnung „Sportarzt“ eine Bezeichnung ist, die nach Standesordnung § 15b nicht öffentlich bekanntgemacht werden darf. Eine Umfrage ergab, daß Anträge auf Sperrung der Zulassung zur Kassenpraxis bisher in Schwaben von keiner Krankenkasse gestellt worden sind, mit alleiniger Ausnahme der Allgemeinen Ortskrankenkassen Augsburg-Land. Ein Schreiben der Regierung von Schwaben und Neuburg wurde verlesen, in dem das Zugeständnis gemacht wird, daß die Unterschrift des einweisenden Arztes auf Zeugnissen für Aufnahme in Heil- und Pflegeanstalten in Zukunft nicht mehr behördlich bestätigt zu werden braucht. Ein dahingehender Antrag war im Vollzug der Beschlüsse der letzten Kreisverbandssitzung an die Regierung gerichtet worden. Außerdem soll an die Regierung die Bitte gerichtet werden, die Heil- und Pflegeanstalten zu veranlassen, bei der Entlassung von Geisteskranken dem einweisenden Arzte den Entlassungsbefund mitzuteilen. Die Errichtung von Unfallhilfsstellen durch das „Rote Kreuz“ hat in manchen Orten zu Unzuträglichkeiten geführt. Im Interesse einer einheitlichen Regelung unter Berücksichtigung der Belange aller Aerzte sollen noch vor dem am 17. Mai stattfindenden Roten-Kreuz-Kreistag Vorschläge ausgearbeitet und den Kolonnenärzten vorgelegt werden. Der immer weitere Ausbau der Fürsorgeeinrichtungen drängt allmählich die bereits vorgesehenen Arbeitsgemeinschaften zwischen Fürsorgeverbänden und Aerzten auch zu bilden. Der Antrag eines wirtschaftlichen Vereins, die Limitierung zu erhöhen, da sich nach dem durch die Notverordnung bedingten Fortfall der kleinen Fälle die Grundlagen für die Limitierung völlig geändert haben, soll dem Bayerischen Aerzteverband vorgelegt werden. Beanstandet wurde der jüngst von einem Dr. Mayer (Zürich) im Radio gehaltene Werbevortrag für Wohlmuth-Apparate. Die Landesärztekammer soll ersucht werden, gegen derartige Benützung des Radios die nötigen Schritte vorzunehmen. Zahlreiche andere wirtschaftliche und Standesfragen wurden besprochen. —

Dr. Schaffert, Geschäftsführer.

Beschluß des Zulassungsausschusses für den Arztregisterbezirk des Städt. Versicherungsamtes Nürnberg.

Die Stelle eines Kassenarztes der Reichspostbetriebskrankenkasse im Bezirk Nürnberg XII wird dem prakt. Arzte Dr. Engel und im Bezirk Nürnberg XV dem prakt. Arzte Dr. Holzinger, beide dahier, verliehen.

Gründe:

Die Bewerbungen der übrigen Aerzte konnten nicht berücksichtigt werden, obwohl die allgemeinen für die Zulassung geltenden Voraussetzungen erfüllt waren, da die obengenannten beiden Aerzte nach den für die Aus-

Gegen **Fluor** jeder Aetiologie
das immer bewährte, glänzend begutachtete Spülmittel.

14 Tagequantum
M. 3.— in Apotheken.
Bei vielen Kassen
zugelassen.

Dr. E. Uhlhorn & Co.,
Wiesbaden-Biebrich.

Contrafluol

Zur Heilung genügen meist
1—2 Flaschen, daher kassenüblich.

Konzentrierte Lösung pflanzlicher Saponine.

wahl gemäß § 51, 52 der Zulassungsordnung vom 21. April 1929 geltenden Bestimmungen aus der Zahl der vorhandenen Bewerber zunächst zuzulassen waren.

Auch der Antrag der Reichspostbetriebskrankenkasse, die beiden Stellen in den Bezirken XII und XV den für die gleichen Bezirke in der Sitzung des Zulassungsausschusses vom 8. April d. J. aufgestellten Kassenärzten der Reichsbahnbetriebskrankenkasse, Dr. Schauwecker und Dr. Egerer, zu übertragen, konnte keine Folge gegeben werden. Es besteht zwar bei diesen Kassen das fixierte Arztsystem, dagegen trifft es nicht zu, wie seitens des Herrn Vertreters der Reichspostbetriebskrankenkasse geltend gemacht wurde, daß bei den genannten Kassen ein gemeinsames fixiertes Arztsystem rechtlich anerkannt ist, wonach die Kassenarztstellen der beiden Kassenarten stets durch den gleichen Arzt zu besetzen sind. Ein solches gemeinsames fixiertes Arztsystem ist im Schrifttum und in der Rechtsprechung bisher noch nicht anerkannt worden, auch die Entscheidung des Reichsschiedsamtes vom 21. Oktober 1929 (s. „Amtl. Nachr.“ 1929, T. IV, S. 413) enthält eine derartige Feststellung nicht (s. ferner: Okraß, „Deutsche Krankenkasse“ 1927, Sp. 316 ff und Kühne, „Arbeiterversicherung“ 1928, S. 40f). Was insbesondere den für bayerische Verhältnisse in Betracht kommenden Landesausschuß für Aerzte und Krankenkassen in Bayern betrifft, so entspricht es dem Willen desselben, daß ein Zwang zu einer solchen Verbindung nicht anerkannt werden kann, vielmehr nach Tunlichkeit darauf gesehen werden soll, daß die Post- und Bahnkassenarztstellen mit verschiedenen Aerzten besetzt werden sollen (s. Dr. Jäger in den „Blätt. f. öffentl. Fürsorge“ 1930, S. 147). Gerade die Verhältnisse in einer Großstadt wie Nürnberg mit ihrer großen Anzahl von Versicherern rechtfertigen aber eine Trennung der Kassenarztstellen.

Gemäß § 37 der Zulassungsordnung wird dies mit dem Bemerkten bekanntgemacht, daß den beteiligten Krankenkassen und den hiernach nicht zugelassenen Aerzten gegen diesen Beschluß das Recht der Berufung zum Schiedsamt zusteht. Die Berufung der nicht-zugelassenen Aerzte kann sich jedoch nicht gegen die Zulassung der Herren Dr. Engel und Dr. Holzinger, sondern nur gegen die eigene Nichtzulassung wenden; aufchiebende Wirkung hinsichtlich der Ausübung der Kassenpraxis durch die zugelassenen Aerzte kommt der Berufung nur dann zu, wenn auch seitens der beteiligten Krankenkassen Berufung zum Schiedsamt eingelegt wird (vgl. „Entsch. d. Reichsschiedsamtes“ Nr. 27 vom 19. November 1926, „Amtl. Nachr.“ S. 501, „Entsch. d. Bayer. Landesschiedsamtes“ Nr. II 11/26 vom 17. Febr. 1927).

Eine etwaige Berufung ist in vierfacher Ausfertigung gemäß § 368 m Abs. 2 RVO. binnen einer Woche schriftlich oder mündlich beim Schiedsamt beim Bayer. Oberversicherungsamt München, Ludwigstraße 14 Eingang II, einzulegen.

Die Berufsfrist beginnt gemäß § 37 der Zulassungsordnung eine Woche nach dem Tage der Ausgabe der betreffenden Nummer der „Bayer. Aerztezeitung“.

Nürnberg, den 27. April 1931.

Urkundlich unter Siegel und Unterschrift.

Der Zulassungsausschuß bei dem Versicherungsamt.

Berghofer.

Kollegen

gedenkt der „Dr. Alfons Stauder-Stiftung“!

Beiträge sind einzubezahlen auf das Postscheckkonto Nürnberg Nr. 15376 des Bayerischen Aerzteverbandes oder auf das Depotkonto Nr. 32926 bei der Bayerischen Staatsbank Nürnberg mit der Bezeichnung: „Für die Stauder-Stiftung.“

Tuberkulose-Fortbildungskursus in Donaustauf.

Vom 13. bis 18. April fand in der Heilstätte Donaustauf der Zweite Tuberkulose-Fortbildungskursus der Bayerischen Landesärztekammer statt. Die Landesversicherungsanstalt hat sich an den Kosten dieses Kursus beteiligt. War es auch im Interesse der ganzen Sache bedauerlich, daß die Beteiligung nur die Hälfte der vorgesehenen Teilnehmerzahl erreichte, so hatten wir Kurssteilnehmer davon den Vorteil, daß besonders die klinischen Uebungen am Krankenbett stark vermehrt werden konnten und dadurch für jeden einzelnen die Sammlung von wertvollen Erfahrungen erleichtert wurde.

Der Kursus unter der liebenswürdigen Leitung des Direktors der Heilstätte, Herrn Dr. Nicol, war überwiegend auf die Fortbildung des Allgemeinpraktikers eingestellt. Keine langen ermüdenden theoretischen Vorlesungen über neue Lehren, keine lehrbuchmäßige Aufzählung und Bewertung von Idealsymptomen, keine Vorführung von parademäßig aufgemachten Schulfällen, sondern, wie in der Sprechstunde des Praktikers, Durcharbeitung eines ganzen Krankheitsfalles, auch wenn er zufällig, trotzdem er in der Heilstätte war, nicht an Lungen tuberkulose litt. Wir wurden dazu geführt, uns über die sogenannte „neue Lehre“ am Kranken selbst zu orientieren, uns selbst darüber klar zu werden, daß tatsächlich durch die Erfolge der Forschung nicht ein Umsturz in der Diagnosenstellung, wohl aber eine gewaltige Aenderung in der Bewertung der Befunde und damit auch ein bedeutender Fortschritt in der Therapie sich eingestellt hat.

Es ist unmöglich, in diesem kurzen Bericht auch nur eine Uebersicht über die Vielfältigkeit der behandelten Themen zu geben. Das Lesen von Röntgenbildern, die Qualitätsdiagnose aus dem Röntgenbild, die Beurteilung der Röntgenaufnahme in bezug auf ihre Technik, Durchleuchtungen und ihre Bewertung waren die Hauptpunkte der röntgenologischen Demonstrationen, die von einem ausnehmend großen Film- und Diapositivmaterial unterstützt wurden. Ein zweiter Hauptpunkt: die physikalische Diagnostik. Gerade ihr Wert für den Praktiker wurde hervorgehoben, denn sie ist nicht durch die Röntgenaufnahme verdrängt, sie wird durch sie nur vervollständigt und bildet eine sehr wichtige Grundlage für die Gesamtdiagnostik. Dabei wurde nicht auf nur für besonders geartete Ohren vernehmbare Geräusche und Schallveränderungen Wert gelegt, sondern der hauptsächlichste Charakter des ganzen Hörbildes als wichtigster Anhaltspunkt gezeigt. Die klinischen Uebungen am Krankenbett mit nachfolgender klinischer Besprechung schienen mir das wertvollste Lehrmaterial des Kursus zu sein. Hier berichtete täglich jeder Kursteilnehmer in Form eines Kolloquiums über mehrere Fälle, die er zur Stellung der Diagnose und zum Versuch eines Heilplans zugeteilt erhalten hatte. Die Kritik geschah dann an Hand des Röntgenbildes und der klinischen Krankengeschichte. So war jeder gezwungen, sich selbst ein Bild zu machen über einen abgeschlossenen Krankheitsfall, ohne weitere Hilfsmittel als die, die ihm in seiner Sprechstunde auch zur Verfügung stehen.

Wer diese Kurse der Landesärztekammer mitgemacht hat, der ist sicher der Ansicht, daß sie dringend notwendig sind, und daß jeder Praktiker sich einmal der Mühe unterziehen sollte, einen solchen Kursus zu besuchen. Die Mühe und die Ausgaben lohnen sich. Wenn, wie der Kursleiter einmal sagte, der Praktiker von unserem Kursus nur das gelernt hat, daß eine einfache Bronchitis bereits der Beginn einer Lungentuberkulose sein und daß diese Erscheinungsform den therapeutisch am leichtesten und mit dem größten Erfolg anzugreifenden Abschnitt der Seuche bedeuten kann,

so hat sich der Fortbildungskursus bereits für alle Teile gelohnt.

Wir Praktiker können der Landesärztekammer und den Landesversicherungsanstalten nicht dankbar genug sein, daß sie es auch unter den heutigen schwierigen Verhältnissen ermöglichen, solche Kurse einzurichten und fortzuführen, und wir möchten wünschen, daß diese Kurse zu einer ständigen Einrichtung werden, die dann im Laufe der Zeit von sämtlichen Praktikern besucht werden können. Sämtliche Kurssteilnehmer haben es mehrfach ausgesprochen, daß sie gern auch später wieder einmal einen solchen Kursus mitmachen würden.

Der Dank ist aber ganz besonders auszudehnen auf die Herren der Heilstätte, die sich in aufopfernder Weise dem Kursus zur Verfügung stellten, an der Spitze Herr Direktor Dr. Nicol und seine sämtlichen Assistenten, die nicht nur vorzügliche Lehrmeister waren, sondern auch noch ihre freie Zeit opferten als liebenswürdigste Gesellschafter der Kurssteilnehmer.

Dr. Hellmann, Trostberg.

Vereinsmitteilungen.

✓ Sterbekasse des Aerztl. Kreisverbandes Oberbayern-Land.

(67. Sterbefall.)

Herr Dr. Henkel (Greifenberg) ist gestorben. Das Sterbegeld wurde umgehend angewiesen. Ich bitte die Herren Kassiere der Vereine in Oberbayern-Land, 5 M. pro Kopf ihrer Mitglieder einzusenden an die Adresse: Gemeindesparkasse Gauting, Postscheckkonto München Nr. 21827, unter der Mitteilung: „Auf Konto Sterbekasse 5 Mark pro x Mitglieder für 67. Sterbefall.“

Dr. Graf, Gauting.

Mitteilungen des Münchener Aerztervereins für freie Arztwahl.

1. Die Allgemeine Ortskrankenkasse München-Stadt gibt bekannt, daß sie beinahe täglich Strafporto bezahlen muß, weil die Sendungen der Krankenscheine, Ueberweisungsscheine usw. nicht genügend freigemacht sind. Das Porto von 8 Pfg. genügt nur für Sendungen bis zu 20 Gramm einschließlich (8 Scheine einschl. Umschlag), alles, was darüber geht, ist mit 15 Pfg. freizumachen.

Ferner werden sehr oft Behandlungsscheine anderer Kassen (Betriebs-, Innungs-, Ersatz-, Landkrankenkassen) beigelegt, die dann von der Kasse an die zuständige Stelle geschickt werden müssen. Es ist darauf zu achten, daß die Scheine nur an die Kasse eingeschickt werden wollen, für die sie tatsächlich gelten.

2. Die Herren Kollegen werden darauf aufmerksam gemacht, daß die Geschäftsstelle des Münchener Aerzte-

vereins für freie Arztwahl (als ärztliche Organisation des Hartmannbundes) Vertretungen für München vermittelt.

Kollegen, die Vertretungen zu übernehmen wünschen, wollen dies der Geschäftsstelle des Vereins melden.

3. Die nächste Mitgliederversammlung des Vereins findet auf Beschluß der Vorstandschaft gleich nach Pfingsten, am 5. Juni, statt.

Scholl.

Mitteilung der Röntgenkommission.

Als Nachtrag zu den in der vorigen Nummer veröffentlichten Richtlinien wird bekanntgegeben, daß die Vorgenehmigungsscheine ab 1. Mai in Wegfall gekommen sind.

Becker.

Mitteilungen des Aerztlichen Bezirksvereins Nürnberg und des Kassenärztlichen Vereins Nürnberg E. V.

1. Wir bitten die Herren Kollegen, im Erkrankungsfalle die Anmeldung bei der Aerztlehrkassenkasse zu Beginn der Erkrankung unter Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses an die Geschäftsstelle zu schicken und bei Wiederaufnahme der ärztlichen Tätigkeit ein Schlußzeugnis des behandelnden Arztes einzuschicken.

2. Der Vorstand der Landesversicherungsanstalt Mittelfranken läßt den Herren Kollegen mitteilen, daß die Beitragseinnahmen seit Jahresfrist so sehr zurückgegangen sind, daß es ihr unmöglich geworden ist, die freiwilligen Leistungen auch nur annähernd in der früheren Weise fortzusetzen. Die Bekämpfung der Lungentuberkulose und der Geschlechtskrankheiten soll, so lange es nur irgend möglich ist, in unveränderter Weise weitergeführt werden; dagegen können vom 1. Mai d. J. ab Zuschüsse zu den Kosten des Zahnersatzes nicht mehr gewährt werden, ebenso nicht mehr die sogenannten reinen Erholungskuren, und auch für sonstige Kuren können nur nach strengster Prüfung der Notwendigkeit noch Zuschüsse gewährt werden; ebenso kommt eine Beteiligung am Kinderheilverfahren, und zwar in der Regel mit einem Drittel der Kosten, nur dann in Betracht, wenn es sich um tuberkulöse oder tuberkulosegefährdete Kinder handelt.

3. Einige vorgekommene Fälle geben uns Veranlassung, die Kollegen zu ersuchen, die ärztlichen Leistungen, insbesondere die Konsilien, für den Tag in die Krankenliste einzutragen, an welchem sie vorgenommen werden. Wir bitten bei der Gelegenheit, ein Konsilium nur dann abzuhalten, wenn es sich als unbedingt notwendig erweist.

4. Nach Mitteilung der OKK. soll es öfters vorkommen, daß Kassenärzte den ganzen Krankenschein zurückbehalten. Wir bitten, unter allen Umständen die Scheine nach Abtrennung des Abrisses an das Mitglied wieder zurückzugeben.

Bei **Tuberkulose**
auch bei **Grippe,**
grippösem Husten,
Bronchitis

Appetit-
anregend!

Zugelassen

beim Hauptverband deutscher Krankenkassen und vielen anderen Kassen!

Mutosan-Gebrauch bei Bedürftigen unterliegt nicht der Zahlungspflicht bei den Krankenkassen (§ 182 b 3 Notverordnung)

Kostenlose Ärztemuster!

MUTOSAN

Wochenquantum = 1 Fl. = RM. 2.75

In Apotheken

Dr. E. Uhlhorn & Co., Wiesbaden-Biebrich a. Rh.

5. Mitglieder der Krankenkassen und des Städt. Wohlfahrtsamtes dürfen unter keinen Umständen zur ambulanten Röntgenuntersuchung oder Behandlung in das Krankenhaus verwiesen werden. Soweit fürsorgeberechtigte Personen zu ambulanten Röntgenleistungen ins Krankenhaus verwiesen werden, müssen wir diese Leistungen an das Krankenhaus bezahlen und die Kollegen unter allen Umständen mit der Summe belasten.

6. Wir machen die Herren Fachärzte darauf aufmerksam, daß sie auch bei Behandlung von Mitgliedern der kaufmännischen und gewerblichen Krankenkassen nur Fälle ihres Faches behandeln dürfen.

7. Wir erinnern nochmals daran, daß bei den gewerblichen Berufskrankenkassen die Sachleistungen genehmigungspflichtig sind; wir müssen in Zukunft unter allen Umständen bei den Sachleistungen dieser Kassen, bei welchen eine Genehmigung nicht vorliegt, die Leistungen streichen.

8. Wir bitten wiederholt dringend, die Monatsaufstellung bis spätestens 3. des neuen Monats vormittags bei der Geschäftsstelle abzuliefern, um die Abrechnung nicht zu verzögern. Wir bitten ferner, die Vierteljahrsabrechnungen für die kaufmännischen und gewerblichen Berufskrankenkassen und für die Postbeamtenkrankenkasse bis spätestens 15. des ersten Monats des neuen Vierteljahres abzuliefern. Wenn das geschehen ist, genügt es, wenn die Abrechnung für die reichsgesetzlichen Krankenkassen und für das Wohlfahrtsamt bis zum letzten Tage des ersten Monats des neuen Vierteljahres abgegeben sind.

9. Die Betriebskrankenkasse Rhenania-Ossag ist für ihre Mitglieder in Nürnberg dem Verband bayerischer Betriebskrankenkassen beigetreten; daher gilt derselbe Vertrag wie für die kleinen Betriebs- und Innungskrankenkassen (Bezahlung nach Einzelleistung); die Leistungen sind also in ein Krankenlistenblatt einzutragen.

10. Wir erinnern daran, daß alle Verordnungen von Betäubungsmitteln für Privat- wie für Kassenpatienten nach dem Gesetz auf einem besonderen Rezeptblatt verrieben werden müssen.

11. Mit dem Asta der Nürnberger Handelshochschule wurde ein Vertrag abgeschlossen, wonach die Studenten der Handelshochschule mit Wirkung ab 15. April d. J. nach der Adgo, und zwar nach den jeweiligen Sätzen der kaufmännischen Berufskrankenkassen, behandelt werden.

Steinheimer.

Aerztlich-wirtschaftlicher Verein Bayreuth.

Die Ortskrankenkasse Bayreuth-Land wird nunmehr die zurückbehaltenen Wegegebühren in der Familienhilfe für die abgelaufenen Quartale in den nächsten Wochen zur Auszahlung gelangen lassen. Die in dieser Sache schwebende zivilrechtliche Klage wurde daraufhin zurückgezogen.

Dr. Angerer.

Bücherschau.

Merkblatt über das Verschreiben Betäubungsmittel enthaltender Arzneien und ihre Abgabe in den Apotheken nach der Verordnung vom 19. Dezember 1930 für Aerzte, Tierärzte und Zahnärzte, herausgegeben vom Verlag der Süddeutschen Apothekerzeitung Stuttgart, ein kleines, nur 11 Seiten enthaltendes Heftchen, in dem die wichtigsten Bestimmungen wie auch in B besondere Vorschriften sowohl für Aerzte wie Zahn- und Tierärzte angegeben sind. Wenn auch diese Vorschriften einfach erscheinen, so ist doch die Ausführung derselben für den Arzt nicht so einfach. Einen guten Behelf hierzu stellt das Merkblatt dar.

Kustermann.

Jahrbuch der ärztlich geleiteten Heilanstalten und Privatkliniken Deutschlands. Jahrgang 1931. Herausgegeben vom Verband Deutscher ärztlicher Heilanstaltsbesitzer und -leiter. Redigiert von Prof. Dr. Eichelberg. Verlag Alfred Pulvermacher & Co. (Dr. Kurt Selten), Berlin W 30.

Dieses durch vorzügliche Ausstattung sich auszeichnende Werk enthält alle ärztlich geleiteten Heilanstalten Deutschlands

und die Privatkliniken in größeren Städten. Die Heilanstalten sind nach Krankheitsgruppen geordnet, denen je ein aus prominenter Feder stammender Aufsatz vorangestellt ist. Für die einzelnen Sanatorien findet man nähere Angaben über Einrichtungen, Behandlungsmethoden, Heilanzeigen und örtliche Lage (oft mit Abbildungen). Da nur Heilanstalten aufgeführt werden, die von Ärzten nach wissenschaftlichen Grundsätzen geleitet werden, ist dieses Jahrbuch ein unentbehrlicher, zuverlässiger Ratgeber für die Aerzte und das heilungssuchende Publikum.

Für die Redaktion verantwortlich: Dr. H. Scholl, München.
Für die Inserate: Hans Engerer, München.

Allgemeines.

Therapeutisches Vademecum. Die Firma C. F. Boehringer & Söhne, G. m. b. H. in Mannheim-Waldhof, bringt auch in diesem Jahre wieder ihr Therapeutisches Vademecum, nach Indikationen geordnet, heraus. Der Jahrgang berücksichtigt die Vorschläge und Erfahrungen, die im Jahre 1930 auf dem Gebiete der medikamentösen Therapie gemacht wurden, unter genauer Angabe der Literaturstellen. In übersichtlichster Form ist hier dem Praktiker ein handliches Taschenbuch therapeutischen Inhaltes, dem rein wissenschaftlich arbeitenden Arzt ein Wegweiser durch die verstreut in der Literatur befindlichen Abhandlungen über die einzelnen Methoden gegeben. — Der Bezug kann nur durch direkte Bestellung bei der Firma erfolgen, die das Vademecum — ausschließlich an Aerzte — kostenlos abgibt.

Siemer-Reisen an die Adria. In den Küstenorten an der Adria beginnt Anfang Mai die Badesaison. Abbazia und Laurana, reich an Blumen und Blüten. Crikvenica, das ideale Strandbad, und das norddalmatinische Inselbad Arbe (jugoslaw. Rab) stehen im Zeichen des Frühsommers. Alle drei Orte bieten vorzügliche Erholungsmöglichkeiten. Am 10. Mai verkehrt der erste diesjährige Bäder-Sonderzug ab München über die Tauernbahn nach den genannten Kurorten; am 17. Mai fährt der Sonderzug nach München zurück. Für diese achttägige Fahrt werden Arrangements verausgabt für Eisenbahn, Hotels, Verpflegung, Kurtaxen und Trinkgelder zum Preise ab 112 Mark. — Ferner wird Gelegenheit geboten, mit dem Sonderzug nach Abbazia zu fahren mit Rückreise, nach einer Schifffahrt über die Adria, über Venedig—Gardasee—Bozen—Brenner. Vom Himmelfahrtsfest (14. Mai) bis zum folgenden Sonntag (17. Mai) folgt eine Sonderfahrt nach Venedig; Hinreise Tauernbahn, Rückreise Brennerbahn, wofür 86 Mark als Preis genannt sind. Veranstalter ist die Verkehrsgesellschaft Panta, Abt. Siemer-Reisen, München, Prannerstraße 11. Prospekte kostenlos von dieser Stelle.

Warum nicht mehr mit Wasser heilen?



Die Erkenntnis von der Heilwirkung der 5 natürlichen Mineralbrunnen:

- Ueberkinger Sprudel
- Teinacher Hirschquelle und Sprudel
- Jura-Sprudel und Sauerbrunn
- Imnauer Apollo-Sprudel
- Remstal-Sprudel Beinstein

Ist uralt und tausende von Aerzten benützen heute die erdgeborene Heilkraft dieser 5 Quellen in ihrem Dienst an der leidenden Menschheit. — Ausgedehnte, praktische Versuche führender Aerzte und Krankenhäuser haben frappierende Resultate gebracht. Es lohnt sich, wenn Sie sich darüber genauer unterrichten und wir haben deshalb auch für Sie interessante Druckschriften bereitgestellt, bitte schreiben Sie gleich um kostenlose Zusendung, hier die Adresse:

Mineralbrunnen A. G., Bad Ueberkingen / Würt.

Wir bedienen die Herren Aerzte direkt zu Vorzugspreisen. Generalvertretungen in München:

- E. Kühles, Mineralwasser-Großhandlung, München, Raspstrasse 6, Telefon 922 00,
- Friedrich Flad, Mineralwasser-Großhandlung, München, Donnersbergerstraße 60.
- Kleinverkauf: Maximiliansplatz 23. Fernsprecher: 63000 und 92592.
- An allen Plätzen Niederlagen.

Bayerische Ärztezeitung

BAYERISCHES ÄRZTLICHES CORRESPONDENZBLATT

Herausgegeben von Geh. Medizinalrat Prof. Dr. H. Kerschensteiner, München, Geh. Sanitätsrat Dr. A. Stauder, Nürnberg, und Sanitätsrat Dr. H. Scholl, München.

Amtliches Blatt der Bayerischen Landesärztekammer und des Bayerischen Aerzteverbandes (Geschäftsstelle Nürnberg, Karolinenstrasse 1/II, Telephon 23045, Postscheck-Konto Nürnberg Nr. 15376, Bankkonto Bayerische Staatsbank Nürnberg Offenes Depot 32926).

Schriftleiter San.-Rat Dr. H. Scholl, München, Arcisstrasse 4/II. Tel. 58588 und 58589.

Verlag der Aerztlichen Rundschau Otto Gmelin München 2 NW, Arcisstr. 4, Gartenhaus II. Stock. Tel. 596483. Postscheckkonto 1161 München.

Die »Bayerische Aerztezeitung« erscheint jeden Samstag. Bezugspreis vierteljährlich 4 Mark. — Anzeigen kosten für die 6 gespaltene Millimeterzeile 15 Goldpfennige. — Alleinige Anzeigen- und Beilagen-Aufnahme: ALA Anzeigen-Aktiengesellschaft in Interessengemeinschaft mit Haasenstein & Vogler A.-G. Daube & Co. G. m. b. H. München, Berlin und Filialen.

Nr. 20.

München, 16. Mai 1931.

XXXIV. Jahrgang.

Inhalt: Zur Vereinheitlichung der Sozialversicherung. — »Sozialversicherung und Aerzte«: Erklärung. — Sozialversicherung und Aerzte. — Ersparnismöglichkeiten bei Kranken- und Arztkosten in der öffentlichen Fürsorge. — Schweizerische Aerztezeitung zur Krankenscheingebühr in Deutschland. — Die Sozialversicherungsreform in Oesterreich. — Sparen bei der Sozialversicherung. — Münchener Aerzteorchester. — Jahresversammlung des Zweigvereins Bayern der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. — Verbilligte Pauschalkuren in den preussischen Staatsbädern. — Aerzte-Pfingstfahrt nach Pistyan. — Landesverband für das ärztliche Fortbildungswesen in Bayern. — Dienstesnachricht. — Vereinsmitteilungen: Sterbekasse Oberfränkischer Aerzte; Münchener Aerzteverein für freie Arztwahl; Regensburg u. Umg.; Nürnberg. — Bücherschau.

Der Verlag behält sich das Recht des alleinigen Abdrucks aller Originalbeiträge vor, ebenso das Recht jeden Nachdrucks von Sonderabzügen.

Zur Vereinheitlichung der Sozialversicherung.

Aus dem Vortrag des Ministerialdirektors Dr. Grieser, Berlin, gehalten auf der Mitgliederversammlung des Reichsverbandes der deutschen Landkrankenkassen am 21. März 1931 in Dortmund.

„Was halten Sie von der Vereinheitlichung der Sozialversicherung? Es sind nicht vollendete Sachkenner, die sich mit der Vereinheitlichung der Sozialversicherung beschäftigen. Die Unterschiede in der Versicherung beruhen zum Teil auch auf der geschichtlichen Entwicklung, zum Teil sind sie begründet in der Natur der Dinge. Erinnern Sie sich nur daran: Wer trägt die Gefahren des Betriebes, die Gefahren in der Landwirtschaft und im Gewerbe, wenn eine Mischung der Wagnisse eintritt? Ich will mich kurz fassen: Wer Einheitlichkeit in den Versicherungsfällen verlangt, der setzt an die Stelle der besonderen Versicherungsfälle einen, nämlich den Lohnausfall. Es gibt in der Tat Leute, die sagen, als einziger Versicherungsfall käme Lohnverlust in Frage, der sich ergäbe aus Krankheit, Unfall, Arbeitslosigkeit oder Invalidität. Aber wie soll denn die Entschädigung ausschauen, die bei einem einheitlichen Versicherungsfall gewährt wird? Sie wissen: Die Unfallversicherung gewährt eine Entschädigung von zwei Drittel des Verdienstes, die Krankenversicherung gibt die Hälfte des Verdienstes, die Invalidenversicherung etwa ein Viertel des Verdienstes. Wenn Sie alle Versicherungsfälle auf einen Nenner bringen, wird man auch die Entschädigungsquoten auf einen Nenner bringen können? Gewiß verlangen die Vertreter dieser Auffassung, daß alle Beträge auf die Quoten in der Unfallversicherung gebracht werden. Wird nun wirklich in jedem Falle die volle Invalidität mit zwei Drittel des Lohnes als Rente entschädigt werden können? Eine an-

dere Gefahr ist die: Der Unfallverletzte hat an sich doch einen Anspruch auf volle Entschädigung — nicht bloß nach zwei Drittel, denn der Anspruch ergibt sich ja aus der Haftpflicht — so wird man die Entschädigung aus der Haftpflicht stark drücken. Sie haben entweder den Unfallverletzten in den Ansprüchen geschädigt, oder es sind Aufwendungen notwendig, die nicht getragen werden können.

Nun gibt es in der Sozialversicherung Reformkünstler, die man als Versicherungsarchitekten bezeichnen könnte, die meinen immer, man könne sämtliche Versicherungsträger zusammenlegen, miteinander verquicken. Gegen eine solche Unternehmung spricht schon eine allgemeine Erwägung: man soll das Vorhandene nicht deshalb aufgeben, weil es nicht ganz gut ist. Das Alte ist einmal wesentlicher Bestandteil der gesellschaftlichen Kultur. Und dann möchte ich auch nicht sagen, daß die neue Zeit einen besonders schöpferischen Sinn für Formgebung hat, insbesondere dürfte im Aufbau der Arbeitslosenversicherung die Probezeit noch nicht zurückgelegt sein. Aber die alte klassische Versicherung hat die Probezeit im Kriege und in der Inflation bestanden. Und deshalb trage ich Bedenken, an etwas, was diesen Sturm überlebt hat, etwas anderes zu setzen, von dem ich nicht weiß, ob es wetterfest ist. Entscheidend ist aber auch ein anderer Grund: die Verquickung der Versicherungsträger und Versicherungsorgane ist das Ende der Selbstverwaltung, ist ein Durchschneiden der Wurzeln der Solidarität. Wenn Sie alle Versicherungsträger und -organe zusammenlegen, wird die Bürokratie Orgien feiern. Das ist der Standpunkt der beharrenden Kraft. Man sagt, der Bauer soll die beharrende Kraft im deutschen Volke sein. Die beharrende Kraft muß nicht unfruchtbar sein; sie kann Neues mit Altem verbinden. Ich mache kein Hehl: es ist notwendig, die Zwerggebilde, mögen sie in der Krankenversicherung oder in der Unfallversicherung bestehen, zu beseitigen. Vielleicht kann man auch Landesversicherungsanstalten zusammenlegen.

Man kann in Zukunft die Frage aufwerfen, ob die Gewalten in der Versicherung überall richtig verteilt sind. Also, wenn man nicht vereinheitlichen will, aber Vereinfachung möchte ich empfehlen. Ich stehe nicht auf dem Standpunkt, daß man etwa alles den Krankenkassen übertragen soll. Der Gedanke der Einziehung der Beiträge für die Invalidenversicherung durch die Krankenkassen wird sehr stark propagiert. In der Invalidenversicherung werden die Beiträge nicht bloß erhoben. Die Beitragskarten müssen aufgerechnet, müssen verrechnet, die Rente muß berechnet werden nach den Lohnklassen, es muß eine Versichertenkartei angelegt werden, es müssen Beitragsmarken geklebt werden usw. Das ist eine Arbeit, die wir im Augenblick, aber auch bewußt, dem Unternehmer, der Privatwirtschaft überlassen haben. Der Privathaushalt führt die Quittungskarte oder das Lohnbüro des Unternehmers. Nun trage ich Bedenken, eine Arbeit, die stellenweise Mängel hat, aber die von der Privatwirtschaft geleistet wird, ohne weiteres in eine öffentlich-rechtliche Arbeit überzuleiten, indem wir sie den Krankenkassen übertragen wollen. Man nehme mir mein Mißtrauen nicht übel. Wenn man den Krankenkassen die Führung der Quittungskarten überträgt, so kostet das praeter propter 40—50 Millionen Mark jährlich. Ich habe Bedenken, den Krankenkassen diese Einnahmen zukommen zu lassen. Dagegen wird eine Verwaltungsgemeinschaft unter den Versicherungsträgern möglich sein, bei der Kontrolle der richtigen Beitragsentrichtung, bei der Ueberwachung der Fälle der Versicherungsleistung, wenn etwa die maßgebenden Verhältnisse sich geändert haben.

Dann etwas, was für die Krankenkassen wichtig ist: Im Verhältnis zwischen den Krankenkassen und den Landesversicherungsanstalten scheint mir eine Aufteilung der Sachleistungen geboten zu sein. Kurzfristige Leistungen, teure Heilverfahren eine Angelegenheit der Invalidenversicherung. Die Landesversicherungsanstalten sind vor den Krankenkassen berufen, vorbeugend zu wirken und sich an den allgemeinen Maßnahmen zur Hebung der gesundheitlichen Verhältnisse in der versicherten Bevölkerung zu beteiligen. Sie soll eben zur Vermeidung von Doppelleistung und auch dann, um eben einen Heilerfolg wirklich zu erzielen, in die Stelle der Krankenkasse treten. Vielleicht wird notwendig sein, daß die Krankenkassen mit den Versicherungsanstalten als vermittelndes Organ etwa einen Verband der Krankenkassen im Bezirk der Landesversicherungsanstalt gründen.“

„Sozialversicherung und Aerzte.“

Erklärung

des Nationalsozialistischen Deutschen Aerztebundes e. V.

In Nr. 19/1931 der „Bayer. Aerztezeitung“ behandelt Herr Med. Dr. Gottlieb Pick (Aussig) auf S. 183 auch die Stellung des Nationalsozialismus zur Sozialversicherung.

Der Verfasser macht sich die Aufgabe leicht: er beschränkt sich im wesentlichen darauf, einen Abschnitt aus der Schrift des „Parteimitgliedes Ernst Mann, die unter der Aufschrift ‚Die Moral der Kraft‘ erschienen ist“, anzuführen, zieht daraus die gewünschten Schlußfolgerungen und knüpft daran einige höhnische Bemerkungen über einen „ganz neuen Arztyp“, der im nationalsozialistischen Staate „unmittelbarer Henker“ sein werde.

Hierzu haben wir zu erklären:

Ernst Mann ist nicht Parteigenosse.

Diese Tatsache wurde im Zentralorgan der NSDAP., im „Völkischen Beobachter“, nicht nur einmal hervorgehoben. Wir verweisen hier auf eine Erklärung in Nr. 102/1931 des „Völk. Beob.“, in der es heißt:

... . . . , legt die Reichsleitung der NSDAP. Wert auf die Feststellung, daß Herr Ernst Mann niemals Mitglied der Partei war noch ist und nie mit derselben etwas zu tun gehabt hat. Herr Mann ist Mitglied des Tannenbergbundes, also Mitglied einer dem Nationalsozialismus genehrierten Organisation.

gez. Böhler, Reichsgeschäftsführer.“

Damit entfallen auch alle Schlußfolgerungen des Herrn Dr. Pick.

Wir weisen daher seine völlig ungerechtfertigten Angriffe gegen den Nationalsozialismus mit aller Entschiedenheit zurück.

Unsere Stellung zur Sozialversicherung?

Kennt denn Herr Dr. Pick den Namen unseres Parteigenossen Baeumer (Mühlhausen) wirklich nicht?

München, den 12. Mai 1931.

Nationalsozialistischer Deutscher Aerztebund, e. V.
gez. Dr. Deuschl.

Sozialversicherung und Aerzte.

Von Med. Dr. Gottlieb Pick, Aussig.

(Fortsetzung.)

Es ist menschlich begreiflich, daß gerade zu Zeiten, in denen es den versicherten Kassenmitgliedern schlecht geht, sie sich an die SV. halten. Dorthin haben sie ihre Beiträge gezahlt und dadurch Ansprüche in allen Nöten sich erworben. Krankheit und wirtschaftliche Verelendung sind nahe Verwandte. Helmut Lehmann hat zwar einmal geschrieben: „Die KV. hilft sich am besten, wenn sie den Willen zur Gesundheit gibt durch Stärkung des Verantwortungsbewußtseins der Versicherten. Wenn man arbeitslos ist und das Elend der Familie sieht, ist nicht der richtige Zeitpunkt, den Hungernden an sein Verantwortungsbewußtsein zu mahnen. Es wäre aussichtslos; der Ertrinkende klammert sich an einen Strohhalm.“ Dann klingt ihm ein anderes Wort des H. Lehmann angenehmer: „Es ist gleichgültig, ob der Mensch auf Kosten der KV. oder auf Kosten der Arbeitslosenversicherung seine Notlage zu beseitigen versteht.“ Im Sinne einer materiellen Lebensanschauung ist es vielleicht gleichgültig; aber rechtlich und sittlich besteht ein Unterschied. Es kommen eben, worauf Linke in seiner Schrift „Krankenstand“ hingewiesen hat, die sekundären Faktoren in Geltung, die den Krankenstand ungebührlich und eigentlich widerrechtlich erhöhen und an der primären Kurve zerrren. Solche sekundäre Faktoren nennt er: Zeiten der Kündigung, Herabsetzung des Lohnes, Streik, Kurzarbeit, Weihnachtszeit, Arbeitslosigkeit usw. Diese Einwirkungen wirtschaftlicher Art auf die Einstellung zur Inanspruchnahme der SV. hat man nicht vorausgesehen; als man sie erkannte, hat man nicht rechtzeitig den Mut aufgebracht zu bremsen und zur Ein- und Umkehr zu mahnen.

Trotz des 50jährigen Bestandes der KV. ist die Stellung des Kassenarztes noch immer ein ungelöstes Problem. Die Aerztefrage wurde im Zuschnitt verdorben; man hatte für die Eigenart der ärztlichen Berufsausübung nicht die richtige Einstellung; infolgedessen bestand ein Mißverhältnis der Rechte und Pflichten. Die Aerzte wurden vor unmöglichen Aufgaben gestellt und ihnen ein Uebermaß von Verantwortung aufgebürdet. So wurde die gesamte Risikenabwehr auf die Aerzte abgeschoben und, als es dann nicht klappte, die Aerzte öffentlich als Sündenböcke angeklagt. Man hat auch hier alles mechanisch und exakt regeln wollen, trotzdem es sich um psychische und relative Belange handelt.

Am deutlichsten geht dies aus der Gutachtertätigkeit hervor. Die Entscheidung über die Arbeitsunfähigkeit ist keine Gleichung mit nur einer Unbekannten. Es wird

hierbei den Kassenärzten um so mehr Verantwortung aufgebürdet, je verantwortungsloser die Versicherten sind. Das gute Einvernehmen zwischen Kassenarzt und Kassenkranken wird gestört, der Versicherte zeigt wenig Verständnis dafür, daß der Arzt, in dem er bisher den Helfer gesehen hat, ihm nicht in allen Fällen beisteht, Krankengeld zu beziehen. Man hat im Anfang angenommen, daß der Arzt bald die Erfahrungen sammeln und so die nötige Uebung erlangen wird. Es ist aber mit der Zeit nicht besser, vielmehr schlechter geworden, weil die Kenntnisse, welche sich die Versicherten aneigneten, sich entschiedener auswirkten. Die Annahme, daß man zuverlässige Methoden und objektiv nachweisbare Merkmale der Arbeitsunfähigkeit finden werde, ist nicht getroffen. Auch auf diesem Gebiete hat das Mechanische versagt. Die Versicherungsträger müssen sich mehr als bisher bewußt werden, daß es Arbeitsunfähigkeit mit und ohne objektiven Befund gibt, und daß viele Zwischenstufen und Uebergänge zwischen voller Arbeitsunfähigkeit und ganzer Arbeitsfähigkeit bestehen, die durch die KV. nicht produktiv erfaßt werden können. Mit Recht sagt Grieser: „Für Beginn und Ende der Arbeitsunfähigkeit gibt es keine sinnlich wahrnehmbaren Merkmale; kein Versicherungszweig bietet daher so leicht die Möglichkeit des Eigennutzes und so leicht die Gelegenheit, auf Kosten der Gemeinschaft einen Vorteil zu erlangen, wie die KV.“ Ebenso richtig ist der Satz: „Die klinische Pathologie ist kein zuverlässiges Instrument zur Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, und diese selbst ist kein zulänglich definierter Begriff.“ Es stimmt insbesondere, was Weitzsäcker schreibt: „Die Pathologie bestimmt die Natur der Krankheit, aber nicht die Form der verbleibenden Gesundheit und nicht die Art der Verwendbarkeit der verbleibenden Funktion.“ In vielen Fällen ist daher das Krank- oder Gesundheits schreiben mehr ein psychologischer Akt als ein medizinisches oder ärztliches Gutachten. Es gibt sehr viele Grenzfälle, bei denen das Subjektive und die sekundären Faktoren im Sinne Linkes die ausschlaggebende Rolle spielen. Die Krankheit ist zuweilen nur der Vorwand, sich in den Besitz einer Kassenleistung zu setzen. Die Entscheidung über die Arbeitsunfähigkeit bietet einen ständigen Konfliktstoff. Durch die Begutachtung erhält der Arzt das mittelbare Verfügungsrecht über den größeren Teil der Kassenausgaben. Vom Arzt verlangt man eine Bestimmtheit, die er nicht leisten kann. Infolgedessen macht er es niemandem recht. Die Kassenverwaltungen werfen ihm vor, daß er mit den Kassengeldern nicht vorsichtig und gewissenhaft wirtschaftet, die Versicherten, daß er sie um das ihnen gebührende Krankengeld betrügt. Die Flucht in die bürokratische Bestimmtheit bedeutet keine Lösung, eher das Zugeständnis der Unfähigkeit einer zweckmäßigen Regelung, manchmal die gewaltsame Ueberwindung eines Minderwertigkeitsgefühles. Mit Recht schreibt Stappert: „Die Entlarvung von Simulanten ist ein Bild ärztlicher Unzulänglichkeit, es ist nicht rein ärztliche Kunst, es ist Taschenspielerkunst. Jede Gesundheitsmeldung ohne Einverständnis des Kranken ist ein Willkürakt.“ Der Rechtslehrer Lothar sagt, daß schon der Ausdruck „Sachverständigentätigkeit“ falsch ist; denn nur mittelbar handelt es sich um Sachen, unmittelbar jedoch um Menschen. Menschenverständiger hätte sich hier der Sachverständige zu nennen, um damit anzudeuten, daß seine Sachkenntnis relativ subjektiv und individuell, mithin mehr als Beihilfe, nie als Beweis verwendbar ist. Wenn diese Anschauung eines Juristen bei der Regelung der ärztlichen Hilfe allgemein berücksichtigt worden wäre, wären viele Fehler vermieden worden, beinahe alle, die in der Ueberwertung des Materiellen und in der Unterschätzung des Menschlichen ihre Ursache haben. Der ärztliche Gutachter soll also Menschenkenner sein, viel über die Arbeitsstätte, die Arbeitsart und die Arbeitsbedingungen wissen und den

Arbeitsmarkt berücksichtigen. Er nimmt eine Doppel- und Zwitterstellung ein: er gibt den Befund ab und fällt auf Grund des von ihm selbst festgestellten Tatbestandes das Urteil, nicht nur über die Art der Krankheit und ihre Behandlung, was zu seinem Beruf gehört, sondern auch über den Krankengeldbezug, was der ärztlichen Berufstätigkeit wesensfremd ist. Heilen und wirtschaftliche Urteile fällen sind Tätigkeiten, die weit auseinanderliegen und nicht immer bei ein und derselben Person gleichmäßig ausgebildet sind. Die kriminalpolizeiliche Funktion des Arztes verträgt sich mit den ärztlichen Funktionen des Arztes schlecht, schreibt Weddigen.

Durch Trennung der Behandlung von der Gutachterfähigkeit, wie sie in England durchgeführt ist, könnte in der kassenärztlichen Tätigkeit das erforderliche Maß innerer Freiheit mit den sozialen Bindungen ins Gleichgewicht gebracht werden. Der Arzt soll nach wie vor seine Meinung über die Arbeitsunfähigkeit abgeben, das in glatten Fällen, in denen von keiner Seite ein Einspruch erhoben wird, Geltung hat; in zweifelhaften Fällen sollen gemischte Kommissionen und als zweite Instanz Schiedsbehörden entscheiden, und zwar Vertreter des Versicherungsträgers, der Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Die Entscheidung soll nach freiem Ermessen erfolgen nach Anhörung des behandelnden Kassenarztes.

In der SV. entscheidet sich das Schicksal der Aerzteschaft. Zufolge des parteipolitischen Einschlages soll sie den Versuch einer kalten Sozialisierung im kapitalistischen Staate bilden und folgerichtig der freie Arzt zum angestellten, festbesoldeten Sozialarzt umgestaltet werden. Man hat hierbei zu wenig berücksichtigt, daß wir uns in einer Uebergangszeit befinden mit entgegengesetzten Tendenzen. Die ausübende Heilkunst war seit jeher tief verankert im Individualismus. Mit der Einführung und Ausbreitung der SV. ist auch in der Medizin die Zeit des nur Individuellen wohl für immer vorüber. Daher dürfen sich die Aerzte nicht einseitig und eigensinnig auf das Individuelle festlegen, sondern müssen die berechtigten sozialen Forderungen anerkennen und erfüllen. Sie haben nicht zwischen dem Individuellen und Sozialen zu wählen, vielmehr beides zu berücksichtigen und zur Einheit zu verbinden. Dem Arzt obliegt die schwierige Aufgabe, die soziale Gleichheit bei persönlicher Verschiedenheit durchzuführen. Gerade dazu gehört eine gewisse Selbständigkeit, die man dem Kassenarzt vorenthält. Nach den Anschauungen mancher einflußreicher Kreise ist der Arzt der Zukunft auch in der Heilbehandlung der Sozialarzt: zuverlässig, mechanisch funktionierend, mit den neuesten technischen Apparaten und Instrumenten von einem Betrieb ausgestattet, nicht nur ohne eigene Betriebsmittel, sondern auch ohne eigene Meinung, mit festem Gehalt angestellt, von seinen vorgesetzten Behörden gegen alle Zwischenfälle gesichert und versichert, als Schalter- und Tasterbeamter in entsprechender körperlicher und psychischer Entfernung und Entfremdung von den Kassenmitgliedern, die Anordnungen und Instruktionen seiner Vorgesetzten durchführend, von den Wünschen und Forderungen der ihm zur Amtshandlung überwiesenen Kranken unabhängig. Auch hier erschallt der Ruf nach Rationalisierung; die rationalisierte Behandlung soll in Eigenbetrieben der Versicherungsträger mechanisch durchgeführt werden. Das Technische macht ja auf die Masse großen Eindruck. Dabei läßt man außer acht, daß in der Heilbehandlung und in der Fürsorge neben dem Mechanischen das Psychische eine Rolle spielt, da der Mensch aus Leib und Seele besteht. Das Jahrhundert der Psychologie glaubt nicht mehr daran, daß die menschliche Erkenntnis sich im logischen Denken erschöpft.

Die Sozialisierung der ärztlichen Berufsausübung wird in gewisser Beziehung auch durch das Spezialistentum gefördert. Bei dem Umfang der modernen Heilkunde ist eine Arbeitsteilung unbedingt nötig und wirkt segens-

reich. Die Ganzheit der Menschenbehandlung leidet aber manchmal darunter. Zu welchen Auswüchsen eine Ueber-spezialisierung führen kann, lehrt die Entwicklung, welche in der Behandlung der Unfälle zunimmt. Die Berufsgenossenschaften gehen hier von folgender Erwägung aus: Die gesundheitlichen Interessen der Verletzten sowie die wirtschaftlichen Belange der Versicherungsträger verlangen, daß nur die besten Methoden der Heilbehandlung angewendet werden. Deshalb sollen die Verunfallten einer besonderen Art der Heilbehandlung zugeführt werden, und zwar durch soziale Unfallmediziner in von diesen geleiteten Anstalten. Hierbei geht man so weit, daß man nicht nur die Fachärzte für Chirurgie ausschaltet, sondern auch den Universitätskliniken, selbst solchen, die eigene Unfallsabteilungen haben, die Berechtigung ab-spricht, die Behandlung richtig durchzuführen. Die Folge ist Monopolisierung des berufsgenossenschaftlichen Heil-verfahrens, wodurch die Behandlung der Unfallverletzten der freien Berufstätigkeit auch durch Fachärzte entzogen wird. Durch die Notverordnungen wird vielleicht auch in der KV. eine ähnliche Entwicklung eingeleitet. Allen Zweigen der SV., einschließlich der sozialen Fürsorge, ist das Bestreben gemeinsam, den freiberufstätigen Arzt mit Hilfe eines besonders ausgebildeten Systems durch be-amtete Aerzte zu ersetzen. Auch die Kassenambulatorien sind dazu bestimmt. Man wendet am unrichtigen Platze die Grundsätze des Taylorismus an. Dieselben kennzeich-net de Man folgendermaßen: „Der Taylorismus sondert die Denkarbeit von der mechanischen Ausführung. Jede Einzelheit ist durch Vorschriften geregelt. Jeder Arbeiter hat täglich eine ganz bestimmte, in Lohn und Zeit fest-gelegte Arbeitsaufgabe fertigzustellen. Alle nicht rein mechanischen Arbeitsfunktionen werden dem Arbeiter abgenommen und in das Fabrikkontor verlegt. Der Ar-beiter soll automatisch die vorgeschriebenen Bewegungen vollziehen, die geistige Initiative, die Gedankentätigkeit, das Arbeitstempo besorgt ein spezialisierter Ingenieur-stab. Der Arbeiter ist also nur Hand, das Gehirn arbeitet im Kontor.“ Folgen dieses Systems: Die eintönige Arbeits-fron nimmt dem Arbeiter jede Arbeitslust, erzeugt ner-vöse Uebermüdung, Reizbarkeit und frühzeitige Erschlaf-fung. Dies ist das zukünftige Los der Aerzteschaft, wenn die Entwicklung in derselben Richtung weitergeht.

Wesentlich erschwert wurde die ohnehin ungünstige Lage der Aerzteschaft durch den beängstigenden Zudrang zum ärztlichen Beruf, welcher allerdings nur eine Teil-erscheinung der Ueberwertung der akademischen Bildung darstellt. Die I. Notverordnung des Jahres 1923 haben dem ärztlichen Nachwuchs den Zutritt zur kassenärzt-lichen Tätigkeit praktisch gesperrt. Damals wurde das mechanisch-mathematische Rezept „Auf 1000 Versicherte genügt 1 Arzt“ in die Tat umgesetzt. Die wirtschaftliche Not der Aerzte und das Fehlen einer ärztlichen Alters- und Invaliditätsversicherung (eines der vielen Versäumnisse des Aerztestandes) hat dazu geführt, daß die beruf-s-tätigen Aerzte überaltert sind. Dies ist ein doppelter Nachteil. Einerseits sind die alten Aerzte, die, der Not gehorchend, weiterarbeiten müssen, nicht immer voll lei-stungsfähig und auf der Höhe der modernen Ausbildung. Wesentlicher kommt in Betracht, daß die jungen Aerzte fernegehalten werden von der Mitarbeit bei den Krankenkassen, was bei dem Umfang der KV. einen Ausschluß von der Berufstätigkeit bedeutet; dadurch verkümmern ihre an der Hochschule erworbenen Kenntnisse, da sie keine Verwendung für dieselben haben, und es wächst ein Aerzteproletariat heran. So entsteht ein Zwiespalt zwischen den Berufstätigen und den Berufswilligen, aber von der Tätigkeit Ausgeschlossenen oder, anders ausgedrückt, zwischen der Jugend und dem Alter, der einen weiteren Keil in die ärztliche Einheitsfront treibt.

Der Dichter Doebelin, der auch Kassenarzt ist, kenn-zeichnet es richtig: „Die Aerzte sind notorische Schwer-

arbeiter, die rasch verbraucht werden, rasch altern und, da ständig gehetzt und erschöpft, nicht viel Freude vom Dasein haben; wenn ich recht sehe, ist es ein Stand mit einem tragischen Schicksal.“ Daß ein Berufsstand, der jahrzehntelang unter nicht angemessenen Bedingungen und Verhältnissen zu arbeiten gezwungen ist, an Tüchtig-keit einbüßt, wäre nicht verwunderlich. Die Aerzte hat bisher das Bewußtsein aufrechterhalten, daß sie für die Unabhängigkeit der ärztlichen Berufsausübung sich ein-setzen. Sie sind an der Grenze ihrer Widerstandskraft bald angelangt. Klappen sie zusammen, oder geben sie zermürbt den Kampf auf, so wird die Volksgesundheit geschädigt werden. Denn nur eine beruflich gut ausgebil-dete, geistig und sittlich hochstehende Aerzteschaft kann die Sendung, Hüter, Wahrer und Mehrer der Volkswohl-fahrt zu sein, befriedigend durchführen. In der SV. haben die Nützlichkeitsbestrebungen unserer Zivilisation, die sich an den technischen Fortschritten berauscht, das Uebergewicht erlangt, Kulturwerte stehen gegenwärtig gering im Ansehen. Wenn die Aerzte ihre Sendung richtig verstehen und die Gesellschaft das nötige Verständnis hätte, könnten gerade in dieser widerspruchsvollen Uebergangszeit die Aerzte als Kulturträger und Kultur-verteidiger der Allgemeinheit wertvolle Dienste leisten.

Statt dessen wurden die Aerzte seit der Einführung der Sozialversicherung aus ihrer Bahn geworfen. Sie sollen zwischen dem Mechanischen und Psychischen pen-deln und werden vom Individuellen zum Sozialen getrie-ben. Der Arzt muß die Fähigkeit haben, seelische Zu-stände zu erfassen und zu verstehen und die Kunst üben, seelische Energien auf andere zu übertragen. Der Satz Hellpachs hat noch Gegenwartsbedeutung: „Auch im Zeitalter des Materialismus umgibt den Arzt eine Atmo-sphäre des Geheimnisvollen und zugleich Lebensbedeut-samen. Seine Kultursendung kann der Arzt nur erfüllen bei innerer Freiheit.“ (Fortsetzung folgt.)

Ersparnismöglichkeiten bei Kranken- und Arztkosten in der öffentlichen Fürsorge.

Bkk. Die Inanspruchnahme der öffentlichen Für-sorge auf dem Gebiete der Krankenhilfe ist in den letzten Jahren in einem Maße gestiegen, daß jetzt, wo man nach notwendigen Sparmaßnahmen sucht, auch nach dieser Richtung alle Sparmöglichkeiten ausgenutzt werden müs-sen. Bei der Suche nach geeigneten Mitteln liegt es auf der Hand, die Grundsätze der Notverordnung entspre-chend anzuwenden. Zunächst ist da an die Einführung einer Krankenscheinegebühr gedacht, die nach dem Grade der Bedürftigkeit gestaffelt und nur in den Fällen nicht erhoben werden sollte, in denen eine unbillige Härte entstände. Diese Maßnahme ist, wie man aus der Ent-wicklung bei den Krankenkassen sieht, geeignet, die Ko-sten bedeutend zu verringern und einen Teil der Miß-bräuche auszuschalten.

Eine weitere Möglichkeit liegt darin, die Ausstellung von Krankenscheinen für Bagatellkrankheiten grundsätz-lich abzulehnen und, von Ausnahmefällen abgesehen, die Ausstellung der Krankenscheine von einer vorgängi-gen Untersuchung durch den Vertrauensarzt und von einer eingehenden Prüfung der Bedürftigkeit ab-hängig zu machen. Der Arzt muß die Zahl der notwen-digsten Behandlungen bestimmen und nach Ablauf des Krankenscheines eine neue Untersuchung vornehmen. Auch bei den Arzt- und Apothekenrechnungen selbst kann nicht unerheblich gespart werden. Die Fürsorgeverbände sollten sich zum Schutze gegen Mißbrauchsmöglichkeiten eines Vertrauensarztes bedienen, der Aufwand und Arztrechnungen einer Nachprüfung unterzieht. In vielen Bezirksfürsorgeverbänden wurden dadurch Reduzierun-gen bis zu 50 Prozent vorgenommen. Auch sollte man die

Möglichkeit einer Pauschalierung der Gebühren einer Nachprüfung unterziehen. Zusatzleistungen, wie Milch und besondere Nahrungsmittel, sind nur auf Grund vertrauensärztlicher Untersuchung auf beschränkte Dauer, Zahnbehandlungen nur in den dringendsten Fällen zu gewähren. Krankenhausaufnahme sollte nur dann stattfinden, wenn eine Behandlung zu Hause nicht möglich und Operation notwendig ist, die vom Vertrauensarzt, soweit möglich, festzustellen wäre.

Wo kein besonderer Kommunalarzt bzw. ein Bezirksarzt, der dessen Tätigkeit mit versieht, vorhanden ist, sollte man einen gewissenhaften Arzt für diese Tätigkeit nebenamtlich verpflichten. Die Kosten machen sich nicht nur mehrfach bezahlt, seine Tätigkeit hat auch einen nicht zu unterschätzenden erzieherischen Wert, der dem der Ersparnisse nicht nachsteht.

Anmerkung der Schriftleitung: Die vorstehende Notiz, die der „Bayerischen Kommunal-Korrespondenz“ des Herrn Stadtrates Gasteiger, München, entnommen ist, erfordert die volle Aufmerksamkeit der Aerzte. Es ist interessant, daß man sich auch in der öffentlichen Fürsorge an die Notverordnung betr. Krankenversicherung anlehnen und u. a. eine Krankenscheingebühr einführen will. Man will aber viel weiter gehen und offenbar die Behandlungsbedürftigkeit durch einen Vertrauensarzt feststellen lassen. Es soll also hier das berüchtigte Bevormundungssystem durch einen Vertrauensarzt wieder aufleben, das in der Krankenversicherung drohte. Eine solch unwürdige Bevormundung werden sich die Aerzte nicht gefallen lassen. Hoffentlich wird sich auch kein Vertrauensarzt finden, der sich zu einem solchen „Vormund“ seiner Kollegen hergibt.

Schweizerische Aerztezeitung zur Krankenscheingebühr in Deutschland

(Nr. 17/31).

„An Stelle der von den Kassen geforderten Möglichkeit, in den Satzungen Bestimmungen über die Beteiligung des Patienten an den Arzt- und Arzneikosten aufnehmen zu können, setzte die deutsche Regierung die obligatorische Krankheitssteuer von 50 Pf. in Form der fixen, von jedem einen Krankenschein Anfordernden zu entrichtenden Krankenscheingebühr sowie die Heilmittelgebühr von 50 Pf. Die Beteiligung an den Heilungskosten ist ein auch bei uns mit vollem Recht propagiertes Prinzip, indem dadurch der ungerechtfertigten Beanspruchung der Kassenleistungen, wenigstens teilweise, Einhalt getan werden kann. Dieses Prinzip der festen Krankenscheingebühr, die vom ehrlichen wie vom unehrlichen Kranken, vom rasch Genesenden wie vom chronisch Kranken in gleicher Weise geleistet werden muß, ist nicht nur eine Unbilligkeit, sondern ein Unsinn, ein Mittel zur Verhinderung rascher und rechtzeitiger Diagnose und damit ein Verbrechen an der Volksgesundheit.“

Die Sozialversicherungsreform in Oesterreich.

Das Bundesministerium für soziale Verwaltung hat der Wiener Aerztekammer fünf Gesetzentwürfe über Reformen auf sozialrechtlichem Gebiete übermittelt, mit der Einladung, ihre Stellungnahme zu den Entwürfen bis längstens 15. April d. J. bekanntzugeben. Auf Grund eines Referates von Dr. Forscher erstattete die Kammer zeitgerecht nachstehendes

Gutachten

der Wiener Aerztekammer zu den Gesetzentwürfen, betreffend Reformen auf sozialärztlichem Gebiete.

Die Wiener Aerztekammer hat die am 20. März 1931 unter Z. 25 207 — Abteilung 1/31 vom Bundesministerium

für soziale Verwaltung übersendeten Vorentwürfe, betreffend die Abänderung der Sozialversicherungsgesetze, einer eingehenden Beratung unterzogen, deren Ergebnis im nachstehenden zur Kenntnis gebracht wird.

Die Wiener Aerztekammer verschließt sich nicht dem Gedanken, daß zur Sicherung des finanziellen Gleichgewichtes der Krankenkassen eine Umgestaltung der Sozialversicherung notwendig geworden ist; allein die von der Regierung beabsichtigten Abbüddungsmaßnahmen erscheinen vielfach zu tiefgehend und einschneidend, namentlich wo wichtige Güter der Volksgesundheit in Frage kommen.

Bezüglich der Entwürfe A. Bundesgesetz, betreffend die Inkraftsetzung der Bundesgesetze, und B. Bundesgesetz, betreffend die Abänderung einiger arbeitsrechtlicher Bestimmungen, glaubt die Wiener Aerztekammer von einer Begutachtung absehen zu können und diese den kompetenten wirtschaftlichen Organisationen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer überlassen zu sollen mit Rücksicht darauf, daß es sich in diesen Entwürfen vorwiegend um Fragen versicherungstechnischen und sozialpolitischen Inhaltes handelt.

Bezüglich des Entwurfes C. Bundesgesetz über die Arbeitslosenversicherung (Arbeitslosenversicherungsgesetz) gibt die Wiener Aerztekammer ihrer Meinung dahin Ausdruck, daß eine wesentliche Einschränkung der Arbeitslosenversicherung, die über den Rahmen der Abstellung von Mißbräuchen und notorischer Uebelstände hinausgeht, große Gefahren für den Ernährungs- und Gesundheitszustand der arbeitenden Bevölkerung und damit auch für die Volksaufzucht mit sich bringen muß. Daher könnte auch der durch diese Maßnahmen angestrebte Ersparungseffekt nur ein scheinbarer sein; denn ein großer Teil jener Beträge, die durch eine wesentliche Einschränkung der Arbeitslosenversicherung seitens des Arbeitslosenversicherungsamtes erspart werden, wird nach Ueberzeugung der Wiener Aerztekammer wieder von den öffentlichen Fürsorgeämtern mit Rücksicht auf die gefährlichen Folgen dieser Maßnahmen für die Volksgesundheit aufgebracht werden müssen.

Was die Vorentwürfe D. Bundesgesetz, betreffend die Abänderung des Angestelltenversicherungsgesetzes (III. Novelle zum Angestelltenversicherungsgesetz), und E. Bundesgesetz, betreffend Abänderungen und Ergänzungen des Arbeiterversicherungsgesetzes, anlangt, so kann die Äußerung der Wiener Aerztekammer hierüber nicht, wie es in den Noten vom 20. März 1931, Z. 25 207 — Abteilung 1/31, und 3. April 1931, Z. 32 075 — Abteilung 1/31, gefordert wird, gesondert abgegeben werden, da die beiden Entwürfe in Hinsicht auf ihre Auswirkung für das Volkwohl und auf ihre Bedeutung für die Ärzteschaft in untrennbarem Zusammenhang stehen.

Die Wiener Aerztekammer muß in Vertretung der Interessen des ärztlichen Standes zunächst ihrem Bedauern Ausdruck geben, daß die in verschiedenster Form wiederholt der Regierung bekanntgegebenen dringenden Wünsche der Ärzteschaft in bezug auf die Sozialversicherung abermals keine Berücksichtigung gefunden haben. Es ist weder über die Einführung einer Einkommensgrenze noch über die Teilnahme der bei den Krankenkassen angestellten Aerzte an der Verwaltung der Sozialversicherungsinstitute, wenn auch nur mit beratender Stimme, in den Entwürfen irgendeine Bestimmung enthalten.

Durch beide Gesetze zieht sich wie ein roter Faden eine Reihe von Bestimmungen, welche im wesentlichen darauf hinauslaufen, nicht nur für die versicherten Angestellten und Arbeiter, sondern auch in noch höherem Maße für deren Angehörige die Erlangung rechtzeitiger ärztlicher Hilfe zu erschweren. Es kann keinem Zweifel begegnen, daß diese Bestimmungen geeignet sind, in ihren Auswirkungen schweren Schaden für die Gesundheit der

Versicherten im besonderen und in weiterer Konsequenz auch für den Gesundheitszustand der Allgemeinheit nach sich zu ziehen.

Daß Maßnahmen getroffen werden müssen, um einer mißbräuchlichen oder übersteigerten Inanspruchnahme von Arzthilfe und Arzneimitteln entgegenzuwirken, soll keineswegs bestritten werden, wenn aber der Arbeiter für die ersten drei Tage einer Erkrankung weder Lohn noch Krankengeld beziehen soll, wenn er für jedes Heilmittel eine Rezeptgebühr von 50 Groschen und für die Zuziehung eines Facharztes oder für die notwendige Anwendung besonderer Untersuchungsmethoden einen Beitrag zu zahlen haben wird, dann wird auch die Inanspruchnahme der notwendigen ärztlichen Hilfe behindert, und der Arbeiter wird, um nicht selbst hungern und seine Familie darben lassen zu müssen, nicht nur mit den Beschwerden einer Angina, sondern selbst mit den Anzeichen einer beginnenden Blinddarmentzündung, einer beginnenden Lungenentzündung und ähnlichen sich noch in die Arbeit schleppen, bis er an der Arbeitsstätte zusammenbricht.

Auch der Angestellte, dessen Krankenkasse für ihre Kassenärzte die Bezahlung nach Einzelleistung eingeführt hat, wird, wenn er für die jedesmalige Inanspruchnahme des Vertragsarztes eine Behandlungsgebühr entrichten muß, sehr oft zögern, bei einer ihm unbedeutend scheinenden Krankheit schon bei den ersten Anzeichen den Arzt zu Rate zu ziehen, und es kann sich leicht ereignen, daß aus dieser Unterlassung späterhin schwere Nachteile für seine Gesundheit entstehen. Es kann auch keinem Zweifel unterliegen, daß viele Krankheitsfälle, die nicht rechtzeitig der ärztlichen Behandlung zugeführt werden, eine längere Krankheitsdauer für den Versicherten zur Folge haben und damit eine wesentliche Erhöhung der finanziellen Lasten für die Krankenkassen bedingen würden, Lasten, die dann wohl ein Vielfaches der durch die oben erwähnten Bestimmungen erzielten Ersparnisse ausmachen würden.

Zu der im Entwurf vorgesehenen Einengung der Familienversicherung auf Frau und Kinder unter Ausschluß der bisher versicherten weiteren Angehörigen, bemerkt die Wiener Ärztekammer in pflichtgemäßiger Wahrung der Interessen des ärztlichen Standes, daß dies keinesfalls als ein Vorteil für die Ärzteschaft anzusehen ist, denn es ist anzunehmen, daß die nach dieser Gesetzesbestimmung der Angehörigenversicherung nicht mehr teilhaftigen Personen wohl in den meisten Fällen der armenärztlichen Behandlung zufallen dürften.

Gegenüber der Bestimmung, wonach die Höchstdauer von Krankenpflege und Krankengeldbezug bei Angestellten und Arbeitern mit 52 Wochen begrenzt ist, muß die Wiener Ärztekammer darauf hinweisen, daß es eine ganze Reihe von Leiden gibt, wie Tuberkulose, verschiedene Rückenmarkserkrankungen, chronische Knochenkrankungen, progressive Paralyse usw., die einer längeren Behandlungsdauer als 52 Wochen bedürfen, um die Berufsfähigkeit oder Arbeitsfähigkeit des Erkrankten wiederherzustellen. Es erscheint daher nicht gerechtfertigt, solchen Versicherten nach Ablauf von 52 Wochen nur mehr den Rentenbezug nach dem Pensions- oder Invalidengesetz zu gewähren, während eine Verlängerung der Bezugsdauer über 52 Wochen hinaus eine weitere Fortsetzung zweckentsprechender Behandlung ermöglichen und dadurch in zahlreichen Fällen die volle Arbeitsfähigkeit herbeiführen würde.

Auch die Erschwerung der erweiterten Heilbehandlung sowie die Erschwerung prophylaktischer Befürsorgung der Versicherten und ihrer Angehörigen, wie sie die Bestimmungen der beiden Entwürfe im Gefolge haben müßten, geben der Wiener Ärztekammer Anlaß zu ernster Besorgnis. Sind doch diese Umstände geeignet, die großen Errungenschaften in Gefahr zu bringen, welche

die medizinische Forschung im Verein mit der ausgebreiteten Fürsorgetätigkeit der privaten und öffentlichen Fürsorgeinstitute, insbesondere derjenigen der großen Krankenkassenverbände und ihrer Ärzte, in bezug auf die Eindämmung der Kindersterblichkeit, in bezug auf den Rückgang der Erkrankungen an Tuberkulose, in bezug auf die Hinaufsetzung der durchschnittlichen Lebensdauer des Menschen erreicht hat. Werden hierdurch auf der einen Seite die Ausgaben der Sozialversicherungsinstitute verringert, so wird auf der anderen Seite aber der Gesundheitszustand nicht nur des von den Sozialversicherungsinstituten erfaßten Teiles der Bevölkerung, sondern aller Staatsbürger aufs schwerste gefährdet.

Eine vorausblickende Ersparungspolitik darf nicht übersehen, daß durch mangelhafte Gesundheitsfürsorge sich letzten Endes eine Mehrbelastung der Kassen ergeben müßte.

Die im vorstehenden geäußerten Bedenken scheinen der Wiener Ärztekammer schon so schwerwiegend, daß sie davon absehen zu können glaubt, erst auf Einzelheiten bezüglich der Abänderungen der betreffenden Paragraphen der Sozialversicherungsgesetze näher einzugehen.

Die Wiener Ärztekammer gibt der sicheren Erwartung Ausdruck, daß die auf Grund sorgfälliger Erwägungen im Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege und im Interesse der Ärzteschaft vorgebrachten ernststen Bedenken die entsprechende Beachtung und Würdigung finden werden, und daß die endgültige Reform der Sozialversicherung nach Durchführung der erforderlichen Änderungen eine Gestalt annehmen werde, die den Bedürfnissen der Bevölkerung und der Ärzteschaft entspricht.

Sparen bei der Sozialversicherung. ✓

Bkk. Ein beliebtes Objekt, der Sparsamkeit eine Gasse zu bahnen, ist die Sozialversicherung. Durch Notverordnung wurde Mitte vorigen Jahres die Krankenversicherung reformiert, d. h. es trat ein Abbau der Leistungen ein. Neuerdings wurden Vorschläge für eine Abänderung der Unfallversicherung unterbreitet. Deren Endeffekt ist ein Abbau der Leistungen der Unfallversicherung. Allen Ernstes werden auch Auffassungen vertreten, die Invalidenrenten, die heute im Durchschnitt vielleicht 35 bis 40 M. betragen, allgemein um 6—7 Prozent abzubauen. Das ist der falsche Weg; die Folgen haben lediglich die Gemeinden zu tragen.

In der Verwaltung der Sozialversicherung läßt sich jedoch sparen, und man fände hier ein besseres Objekt als beim Abbau der Leistungen. Die Verwaltungskosten sind im Vergleich zum Gesamtetat der Sozialversicherung nicht hoch. Gewiß, sie betragen bei den Krankenkassen zwischen 6 und 7 Prozent der Gesamtausgaben und haben sich von 1924 bis 1929 fast verdoppelt und stiegen von 3,72 auf 6,21 M. pro Mitglied und Jahr. Der Einwand, daß der prozentuale Anteil der Verwaltungskosten an den Gesamtausgaben um einige Zehntel Prozent gesunken ist, will nichts besagen. Der größte Teil der Verwaltungskosten fällt auf Personalkosten.

In den Kassen kommt im Durchschnitt auf je tausend Mitglieder ein Beamter bzw. Angestellter. Auch hier sollte man ruhig einmal reformieren. Gerade in der Sozialversicherung sollte man daran denken, daß es schwerverdienendes Geld ist, was seitens der Versicherten von dem oft kargen Lohn an Beiträgen gezahlt wird.

Eine erhebliche Steigerung der Verwaltungskosten zeigt sich bei der Invalidenversicherung. Auch hier ist mehr als eine Verdoppelung der Verwaltungskosten eingetreten. Sie stiegen von 24,2 Mill. M. im Jahre 1924 auf rund 55 Mill. M. im Jahre 1929. Der Rückgang in vom Hundert zu den Gesamtausgaben erklärt sich da-

durch, daß die Rentensummen durch die gesetzlichen Bestimmungen der letzten Jahre erhöht worden sind.

Auch in der Unfallversicherung sind die Verwaltungskosten im Laufe des letzten Jahres weiterhin gestiegen. Sie betragen an Verwaltungskosten 41 374 698,63 Mark, Verfahrenskosten 14 013 794,24 M., zusammen also 55 388 492,87 M. Bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften betragen die persönlichen und sächlichen Verwaltungskosten auf einen Versicherten 1913 1,34, 1927 2,25, 1928 2,50, 1929 2,55 M. In der Knappschaftlichen Pensionsversicherung sind 1929 Verwaltungskosten entstanden bei der Pensionsversicherung der Arbeiter 7 691 000 M. und in der Pensionsversicherung der Angestellten 1 234 000 M. Im gleichen Zeitraum gibt die Angestelltenversicherung 12 087 000 M. für Verwaltungskosten aus.

Rechnen wir diese Summen zusammen, so ergibt sich, daß bei den Krankenkassen (ohne Ersatzkassen), Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Knappschaftliche Pensionsversicherung und Angestelltenversicherung im Jahre 1929 nicht weniger als 261 617 000 M. ausgegeben wurden. Bei einer Gesamteinnahme aller Zweige der Sozialversicherung, mit Ausnahme der Arbeitslosenversicherung, in Höhe von rund 4,5 Milliarden M. und einer Gesamtausgabe von 3,7 Milliarden M. ist 261 Millionen M. an Verwaltungskosten eine erhebliche Summe. Ehe man einem weiteren Abbau der Leistungen das Wort redet, sollte man zuerst einmal nach der Verwaltungsseite hin mit Reformen einsetzen. Der in mancher Beziehung komplizierte Verwaltungsapparat ist zu vereinfachen, damit schneller und sparsamer gearbeitet werden kann. Notwendig und wünschenswert ist auch ein besseres Hand-in-Hand-arbeiten aller Zweige der Sozialversicherungen miteinander.

Münchener Aerztorchester.

Zu einem edlen Zweck — der Unterstützung von Arztwitwen und -waisen — trat das neugebildete Münchener Aerztorchester am 22. April zum erstenmal vor die breite Öffentlichkeit. Eine zahlreiche, illustre Zuhörerschaft lauschte bewundernd den vorzüglichen Leistungen der begeisterten Musikerschar. Die Jupitersymphonie und die Maurerische Trauermusik von Mozart, letztere als Ehrung der verstorbenen Kollegen Dr. Christoph Müller und Dr. Wilhelm Hertel, standen auf dem Programm und wurden mit größter rhythmischer Exaktheit, mit fortreißendem musikantischen Impuls und wahrhaft dramatisch belebtem Ausdruck vorgetragen. Kein Wunder über diese hohe künstlerische Tat — stand doch ein so fähiger Dirigent wie Dr. Rudolf Schindler an der Spitze, dessen Sicherheit in der Orchester-

leitung, dessen Stilgefühl und dessen musikalische Intuition jedem Fachmann Ehre machen würde. Außer diesen beiden Orchesterwerken wurde das Fest verschönt durch Gesangs- und Instrumentalvorträge namhafter Münchener Künstler, der Damen Maria The Losen, Grete Haerberlein, Herma Studeny, Gertrud Maser und des Herrn Christian Döbereiner, deren technische und musikalische Meisterschaft zu bekannt ist, als daß weitere Worte des Lobes notwendig erschienen.

Eine würdige Totenfeier bereitete der Aerztliche Bezirksverein München seinem verstorbenen Vorstand Dr. Wilhelm Hertel im großen Hörsaal des Medizinisch-klinischen Instituts. Nach einleitenden Worten des Herrn Obermedizinalrates Dr. Seiderer hielt San.-R. Dr. Arnold Lämmert eine stilistisch wie inhaltlich gleich bedeutsame Rede, in der er das edle Menschentum, die vorbildliche Kollegialität und das glänzende und von großem persönlichen Mut getragene Organisationstalent des Toten mit beredten und zu Herzen gehenden Worten schilderte. Eingerahmt durch zwei Orchesterstücke, Schuberts „Litanie“ und Mozarts „Ave verum“, die vom Aerztorchester unter Dr. Schindlers Leitung mit edler Tongebung und beseeltem Ausdruck gespielt wurden, machte die Feier einen tiefen und nachhaltigen Eindruck, der allen Teilnehmern in unvergeßlicher Erinnerung bleiben wird.

Dr. Gustav Gerheuser.

Bericht über die Jahresversammlung des Zweigvereins Bayern der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Am Samstag, dem 9. Mai 1931, fand in Speyer in Anwesenheit des Herrn Regierungspräsidenten der Pfalz, Dr. Pfülf, die Jahresversammlung statt. Nach Begrüßungsworten durch den I. Vorsitzenden, Herrn Geh.-Rat Prof. Dr. von Zumbusch, verlas der Schriftführer, Herr Prof. Dr. Mayr, den Tätigkeitsbericht für das Jahr 1930. Herr San.-Rat Dr. Steinhäuser erstattete an Stelle des am Erscheinen verhinderten Schatzmeisters, Herrn Kommerzienrat Schröder, den Kassenbericht. Anschließend an den geschäftlichen Teil gab Herr von Zumbusch ein Referat über die Aufgaben, die das neue Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten gibt.

Prof. Dr. Mayr.

Verbilligte Pauschalkuren in den preuß. Staatsbädern.

Wie das Preuß. Landwirtschaftsministerium, Berlin, mitteilt, hat der preußische Staat in seinen selbstbewirtschafteten Bädern Ems, Schwalbach, Schlangenbad, Bertrich, Nenndorf und Rehbürg verbilligte Pauschalkuren für den Mittelstand eingerichtet. Diese Kuren sol-

Fluor jeder Aetiologie
Gegen **Fluor** jeder Aetiologie
das immer bewährte, glänzend begutachtete Spülmittel.

14 Tagequantum
M. 3.— in Apotheken.

Bei vielen Kassen
zugelassen.

Dr. E. Uhlhorn & Co.,
Wiesbaden-Biebrich.

Contrafluol

Zur Heilung genügen meist
1—2 Flaschen, daher kassenüblich.

Konzentrierte Lösung pflanzlicher Saponine.

len jedem zugute kommen, dessen Einkommen jährlich 6000 M. nicht übersteigt. Sie sind besonders gedacht im Interesse der Beamten und Angestellten des öffentlichen Dienstes, der Arbeitnehmer privater Unternehmungen in den mittleren und unteren Gehaltsstufen sowie für den gewerblichen Mittelstand und die freien Berufe.

Auskünfte über die näheren Einzelheiten erteilen auf Wunsch die staatlichen Kurverwaltungen und die größten Reisebüros.
I. A. gez.: Roeingh.

Aerzte-Pfingstfahrt nach Pistyan.

Diese ist die erste ärztliche Sportveranstaltung.

Das Programm der Festlichkeiten.

Ueber Anregung der Aertzlichen Kraftfahrvereinigung Oesterreichs wird zu Pfingsten in der Tschechoslowakei eine einzigartige sportliche Veranstaltung stattfinden. Es ist dies die Sternfahrt ärztlicher Kraftfahrvereinigungen aus allen Richtungen Europas mit Ziel Bad Pistyan. Die Idee zu diesem großzügigen Sportarrangement stammt vom Regierungsrat Dr. K. Hochsinger, Präsident der Aertzlichen Kraftfahrvereinigung Oesterreichs. Diese Vereinigung hat sämtliche ärztliche Kraftfahrvereinigungen Deutschlands und der Tschechoslowakei eingeladen. Die Kraftfahrvereinigung deutscher Aerzte mit dem Hauptsitze in Dresden, der Verband der deutschen kraftfahrenden Aerzte in der Tschechoslowakei und der Automobilklub „Aeskulap“ mit dem Hauptsitz in Prag haben die Einladung dankend angenommen.

Die große Sternfahrt, an welcher Hunderte von Aerzten aus verschiedenen Ländern zusammenkommen werden, findet Pfingsten, am 24. und 25. Mai statt. Laut bisherigen Meldungen wollen sich auch fremdländische Aerzte daran beteiligen und man kann ruhig sagen, daß diese sportliche Veranstaltung eine sehr interessante internationale Aerztezusammenkunft sein wird, denn sie ist die erste internationale Sternfahrt, die in die Tschechoslowakei unternommen wird, und es ist das erstmal, daß Aerzte aus Oesterreich, Deutschland und der Tschechoslowakei eine organisierte Zusammenkunft haben.

Die Teilnehmer aus Oesterreich kommen mit ihren Wagen am 24. Mai zwischen 9 bis 1/2 10 Uhr zum Carlton-Hotel in Preßburg, dem Treffpunkt der teilnehmenden Aerzteschaft. Von hier aus erfolgt die Abfahrt über Modra, Pudmerice, Trnava, Velké-Kostolany, Trebatice, auf guter Fahrstraße ins burgenreiche Waagtal nach Pistyan.

Die Ankunft erfolgt im Laufe des Vormittages. Mittags und abends finden Bankette statt, nach dem

Souper wird auch eine fröhliche Tanzreunion veranstaltet. Am Pfingstmontag nach der Besichtigung der Bäder und Quellen unter Leitung Pistyaner Kurärzte sollen auch einige wissenschaftliche Vorträge mit Filmvorführung abgehalten werden. Um 6 Uhr abends treten die Teilnehmer die Heimfahrt an.

Landesverband für das ärztliche Fortbildungswesen in Bayern.

In der Zeit vom 21. bis 30. Oktober 1931 findet in München an der Psychiatrischen Universitätsklinik wieder ein Fortbildungskursus für Psychiater, insonderheit Anstaltsärzte, statt, der neben den Hauptgebieten der Psychiatrie auch die übrigen für Anstaltsärzte wichtigen Disziplinen umfaßt. Einschreibgebühr 20 M. Einschreibungsschluß 1. Oktober. Anfragen sind zu richten an S.-R. Dr. Jordan, Lessingstraße 4.

Amtliche Nachricht.

Dienstesnachricht.

Die Bezirksarztstelle Rothenburg o. d. T. (BesGr. A 2 f), ferner die Bezirksarztstelle Fürth i. B. (BesGr. A 2 d) sind erledigt. Bewerbungen bzw. Versetzungsgesuche sind beim Staatsministerium des Innern bis 20. Mai 1931 einzureichen.

Vereinsmitteilungen.

Sterbekasse Oberfränkischer Aerzte.

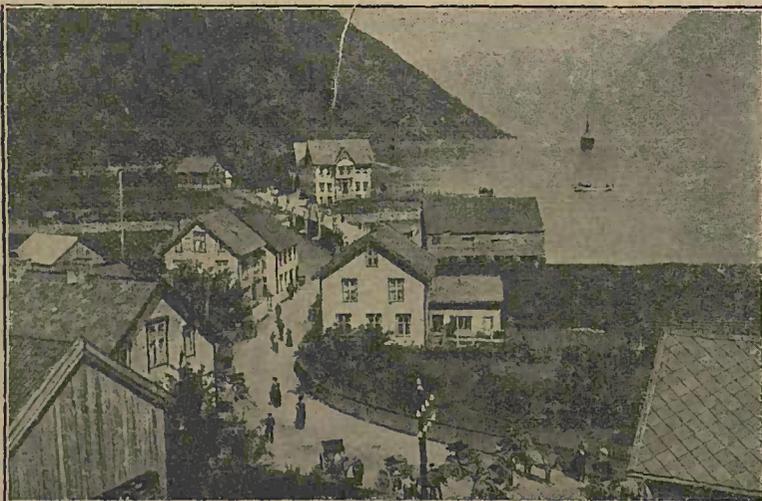
Am 2. Mai ist Herr S.-R. Dr. Martin Schraner in Kunreuth gestorben. Die Vereine werden gebeten, die fällige Umlage von 10 M. pro Vereinsmitglied umgehend an das Postscheckkonto Nr. 13972 Postscheckamt Nürnberg der Sterbekasse oberfränkischer Aerzte zu überweisen.

Roth.

Mitteilungen des Münchener Aerztevereins für freie Arztwahl.

1. Die Betriebskrankenkasse Maffei gibt bekannt, daß laut Beschluß des Bayer. Oberversicherungsamtes München vom 7. April 1931 die Schließung der Kasse bis zum 30. Juni 1931 erfolgt. Das Vertragsverhältnis endet mit dem 8. August 1931. Nach diesem Termin können somit keine Leistungen zu Lasten der Betriebskrankenkasse verrechnet werden.

2. Die Prüfungskommission gibt bekannt, daß Inhalationsnarkosen bei Nacht bei Mitgliedern der Allg. Ortskrankenkasse München-Stadt in Zukunft nach Nr. 7 b zu verrechnen sind.



Hellesylt, tief eingebettet in einem stillen Winkel der nordischen Fjorde, gehört zu den schönsten Anlaufplätzen der ermäßigten Nordkap-Fahrt der bayerischen Aerzteschaft vom 6. bis 24. August 1931 mit dem beliebten Doppelschrauben-Passagierdampfer „Sierra Cordoba“. Von hier aus unternehmen die Teilnehmer entweder in Wagen oder Stuhlkarren eine überaus reizvolle Fahrt durch das Nebbe- und Nordangsdal nach dem zwischen hohen Felswänden verborgenen Oie. — Es wird hierbei auf die Ausschreibung in Nr. 18 hingewiesen. Anfragen und Anmeldungen nur beim Verlag der „Aerztl. Rundschau“, München 2 NW, Arcisstraße 4 Gartenhs. 2. Stk., oder beim Norddeutschen Lloyd, München 2 NW, Briener Straße 5, gegenüber dem Wittelsbacherplatz.

Außerdem wird darauf aufmerksam gemacht, daß die Berechnung von Zeitversäumnis nach Ziff. 4 nur möglich ist, wenn ein längeres Verweilen als eine halbe Stunde durch die Beschaffenheit des Falles bedingt ist oder auf Verlangen des Kranken oder seiner Angehörigen erfolgt. Die Dauer der vorzunehmenden ärztlichen Verrichtung selbst kann als Grund für die Zeitversäumnisberechnung nach Ziffer 4 nicht in Betracht kommen.

3. Zur Aufnahme in den Verein als außerordentliche Mitglieder haben sich gemeldet die Herren:

- Dr. Emil Bloch, Facharzt für Frauenkrankheiten mit Geburtshilfe, Nymphenburger Straße 197/I;
- Dr. Alexander Wallnöfer, Facharzt für Röntgenologie, Sonnenstraße 5/I. Scholl.

Aerztlich-wirtschaftlicher Verein Regensburg u. Umg.

Die Auszahlungen der kassenärztlichen Honorare finden statt am Donnerstag, dem 21. und 28. Mai. Das Wohlfahrtsamt wird am 21. Mai mit ausbezahlt. Weidner.

Mitteilungen des Aerztlichen Bezirksvereins Nürnberg und des Kassenärztlichen Vereins Nürnberg E. V.

1. Wir machen die Kollegen darauf aufmerksam, daß neuerdings ein Schwindler besonders in den Wohnungen der Aerzte, Rechtsanwälte usw. für das Hilfswerk sammelt; derselbe zeigt einen blauen Ausweis, der die Aufschrift „Nordbayer. Hilfswerk“ trägt. Wir bitten, bei Genehmigung von Spenden an die Einsammler besonders vorsichtig zu sein und, wenn es sich um einen Schwindler zu handeln scheint, die Polizei unauffällig zu benachrichtigen (Fernruf 25541, Betrugsabteilung). Der Betroffene ist ungefähr 1,70 m groß, 28—30 Jahre alt, hat volles Gesicht, schwarzes, langes, ungepflegtes Haar, kurzgeschnittenen Schnurrbart.

2. Der Durchgangsarzt Herr Kollege Dr. Kaspar, Oberarzt im Städt. Krankenhaus, ist bis zum 12. Juni verreist. Die Herren Kollegen werden ersucht, in dieser Zeit Unfallverletzte nicht an den Kollegen zu verweisen.

3. Wir erinnern wiederholt daran, daß fürsorgeberechtigte Personen nicht in Privatkliniken operiert werden sollen. Ausnahmen in besonderen Fällen können nur zugelassen werden, wenn der betr. Fall der Geschäftsstelle bzw. dem Prüfungsausschuß vorgelegt wird, welcher entscheidet, ob ausnahmsweise die Operation in der Privatklinik vorgenommen werden kann.

4. Am 2. Juni d. J. wird eine Mitgliederversammlung des Aerztlichen Bezirksvereins und des Kassenärztlichen Vereins Nürnberg e. V. stattfinden; es erfolgt noch eine persönliche Einladung mit Bekanntgabe der Tagesordnung. Steinheimer.

Bücherschau.

Atlas chirurgisch-pathologischer Röntgenbilder. Von Prof. Rudolf Grashey. Mit 635 Abbildungen auf 162 Glanzdrucktafeln, 184 Skizzen und erläuterndem Text. Dritte verbesserte und erweiterte Auflage. Lehmanns medizinische Atlanten, Bd. VI, Verlag J. F. Lehmann. Gebd. RM. 30.—

Grasheys chirurgisch-röntgenologische Atlanten gehören zum Grundstock der Röntgenbücherei. Vergleicht man die erste Auflage mit der jetzigen verbesserten und erweiterten dritten Auflage, so bekommt man einen Maßstab für den rasch fortschreitenden Ausbau der Röntgenkunde. Zur Beschreibung pathologischer Bilder ist ein riesiges Material erforderlich, und die

größere Basis, die dem Autor gegenüber früher jetzt gegeben ist, merkt man dem Buche sehr an. Die Auswahl der typischen und für den Praktiker wichtigen Bilder ist eine besondere Kunst Grashseys, so daß dem Arzt der Praxis in dem vorliegenden Buch ein wirklicher Berater und Helfer entstanden ist. Der Verlag hat durch prächtige Ausstattung ohne Kostenerhöhung es verstanden, die Popularität des Werkes weiterhin zu sichern.

Stumpf.

Praktische Gesundheitspflege. Von Dr. Hermann Haebertlin. 322 S. 8°. Geh. Fr. 4.50, RM. 3.60; in Halbleinen Fr. 5.50, RM. 4.40. Verlag Orell Füssli, Zürich und Leipzig.

Bei seiner vieljährigen verdienstvollen Tätigkeit als Vorstand des Stadtzürcherischen Gesundheitswesens wurde dem Verf. klar, daß notwendigerweise in weiten Volkskreisen noch vermehrtes Verständnis für die Gesundheitspflege geweckt werden sollte. Diesem Zweck wird Dr. Haebertlins Buch „Praktische Gesundheitspflege“ intensiv dienen, schon dadurch, daß es durchaus volkstümlich, für alle Leser leicht verständlich geschrieben und bei aller Fülle von Anregungen und Belehrungen übersichtlich gegliedert ist, so daß es mühelos konsultiert werden kann. 90 kleine Artikel bringen gewissenhafte Aufklärung über alles, was dem körperlichen Wohlbefinden dient oder schadet und indirekt auch das geistige Leben und den Charakter günstig oder nachteilig beeinflußt.

Nur wenige Stichwörter aus den Kapitelüberschriften: Erziehung zur Hygiene; Kinder und Eltern; Fortschritte der Medizin; Kurpfuscherei; Ermüdung, Erholung, Schlaf; Ernährung; Gesundheitliche Bedeutung des Wassers, Bädakuren; Körperbewegung; Wirtschaftliche Schäden durch Krankheiten; Maßnahmen gegen Krankheiten und Unfall. Instruktive Abschnitte sind der Tuberkulose und dem Krebs gewidmet, wobei Beachtenswertes über die Angst vor Ansteckung und die wirkliche Ansteckungsgefahr gesagt wird.

Wo Dr. Haebertlin die Gebote und Verbote der öffentlichen Gesundheitspflege bespricht und begründet, läßt er es sich angelegen sein, dem Leser einzuschärfen, daß diese staatlichen und kollektiven Anstrengungen nur durch verständnisvolles Mitwirken des einzelnen und aller den höchstmöglichen Nutzen stiften.

So vielseitig seine Ratschläge sind, ist doch peinlich alles ferngehalten, was den Leser zur Selbstbehandlung verleiten könnte; jeder soll sich bewußt bleiben, daß nur der Arzt die Gewähr für eine rationelle Behandlung bietet und daß die medizinische Wissenschaft besonders auf dem Gebiete der Bekämpfung der Epidemien epochemachende Fortschritte zu verzeichnen hat.

Wie das große Publikum werden auch die um die Volksgesundheit besorgten Behörden und der ganze Arztstand diese schmuck ausgestattete Gesundheitslehre als ein ungemein praktisches und hilfreiches Buch schätzen lernen.

Ueber Klinik und Behandlung der Menstruationsstörungen. Von Dr. Bernhard Aschner, Priv.-Doz. (Wien). 488 S. Großoktav. Hippokrates-Verlag, Stuttgart. Ganzleinen RM. 22.—

Wer die frauenärztliche Therapie in den letzten vier Jahrzehnten verfolgt hat, der wird gegenüber der lange Zeit im Vordergrund stehenden lokalistisch operativen Betrachtungsweise eine mehr und mehr zunehmende Neigung zur Allgemeinbehandlung auch bei gynäkologischen Leiden feststellen. Einen gewaltigen Ruck in dieser Richtung macht das Buch von Aschner. Seine Tendenz wird für denjenigen, der das erste Buch über Konstitutionstherapie — sicher mit großem Interesse und persönlichem Gewinn — gelesen hat, nicht überraschen.

An einem sehr großen Material von 10 000 Fällen, die zum Teil lange Jahre — von 1918 bis 1930 — beobachtet worden sind, bemüht sich Verf. nachzuweisen, daß auch auf dem Gebiete der Frauenheilkunde die in den letzten Dezennien mehr lokalpathologisch betrachteten Vorgänge einer auf die Dauer erfolgreichen Behandlung in vielen Fällen nähergebracht werden können, wenn sie ausgehend von der ganzen Persönlichkeit betrachtet werden. Verf. kommt dabei auf die bis vor hundert Jahren geltende Auffassung der alten Aerzte zurück; nach ihnen war der Uterus eine Kloake, die Menstruation wurde als eine Stoffwechsel- bzw. Reinigungskrisis klinisch und empirisch betrachtet. Auch A. spricht der menstruellen Blutausscheidung eine beherrschende Bedeutung als exkretionellem Stoffwechselvorgang zu. Die genaue Beobachtung von 1500 Fällen brachte den Verf. zu der Überzeugung, daß bei Hypomenorrhöe es sich nicht

HOSAL



HOMBURG

Name gesch. Patente ang.

Klinisch erprobtes und empfohlenes kochsalzfreies DIÄTSALZ zum Salzen von Speisen aller Art bei salzfreier oder salzreicher Ernährung, insbesondere bei Nieren- und Herzerkrankungen, Fettsucht, Arteriosklerose, hohem Blutdruck, Tuberkulose und Hauterkrankungen, Epilepsie, Ekklampsie usw.

Original-Packungen zu 15, 60 und 250 g

Chemisch-Pharmazeutische A. G. Bad Homburg

nur um ein vorwiegend lokales Leiden handelt, sondern um charakteristisch oft wiederkehrende klinische Zustandsbilder mit einem vielseitigen Symptomenkomplex hinsichtlich des Gesamtbefindens, das dem natürlichen oder künstlichen Klimakterium ähnelt, z. B. Plethora mit Neigung zu Stauungen und Blutungen, Neigung zu lokal schwer zu beeinflussenden Hautkrankheiten und rheumatischen und entzündlichen Erkrankungen. Auch bei Hypermenorrhöe werden viele für lokal gehaltene, d. h. in den weiblichen Geschlechtsorganen für begründet erachtete Störungen durch entfernte Ursachen bedingt, nach deren Behebung die abnormen Blutverluste ohne Lokalbehandlung und vor allem ohne eingreifende operative und Bestrahlungsbehandlung zum Aufhören gebracht werden. Auch bezüglich der Dysmenorrhöe und der klimakterischen Erscheinungen — auf Einzelheiten kann hier nicht eingegangen werden — nimmt der Gedankengang des Verf. ähnliche Wege.

Es sind zum Teil neuartige Vorstellungen, die hier vom Verf. geweckt werden, Vorstellungen, die sicher dem einen oder anderen Praktiker zumal in der operationsfrohen Ära schon aufgetaucht sind bei der nicht fachärztlichen, sondern allgemeinärztlichen Betrachtung des Geschehens am Erkrankten. Hier sind diese Vorstellungen und Beobachtungen mit einer bemerkenswerten Planmäßigkeit und Ausdauer gesammelt, geordnet und ihre Richtigkeit durch ein großes Material zu erweisen versucht worden.

Als eine solche Arbeit, die gerade wegen der vielen praktisch wertvollen Winke das Durcharbeiten durch die 488 Seiten lohnt, muß das Buch angesehen werden, und der Zukunft muß es überlassen bleiben, ob auch andere Beobachter bestätigen, daß der Verf. im großen richtig gesehen hat.

Eines aber kann nicht unterdrückt werden. Aufgefallen ist dem Ref., daß Verf. die Skepsis, welche er der pharmakologisch bestmöglich begründeten Hormontherapie entgegenzubringen scheint, nicht auf die vielen Mittel überträgt, die er aus allen Pharmakopoesen und aus der Volksmedizin anführt; hat er die Wirkung dieser Mittel nicht nur in wenigen, sondern in einer Zufälligkeiten ausschaltenden Menge von Fällen selbst ausprobiert? Das Aufführen dieser Menge von alten Drogen könnte andernfalls doch wohl nicht einer begründeten Empfehlung gleichgesetzt werden.

Neger, München.

Für die Redaktion verantwortlich: Dr. H. Scholl, München.

Für die Inserate: Hans Engerer, München.

Beschwerden

über unpünktliche Zustellung der „Bayerischen Ärztezeitung“ sind stets bei dem zuständigen Postamt oder beim Briefträger anzubringen.

Bayerische Handelsbank

— Bodenkreditanstalt —

gegründet 1869

München.

Gold-Hypothekenbestand Ende 1930: rund **SM. 272'600,000.—**

Gold-Pfandbriefumlauf Ende 1930: rund **SM. 269'200,000.—**

7%ige

langjährig unkündbare

Gold-Hypothekenspfandbriefe,

mündelsicher / stiftungsmäßig / lombardfähig,

in Stufen zu 100, 200, 500, 1000, 2000 und 5000 Goldmark,

seit 2. Januar 1931

kapitalertragsteuerfrei.

*

An- und Verkauf der Gold-Hypothekenspfandbriefe an unseren Schaltern Nr. 56—58 von morgens 8¹/₂ Uhr bis abends 4 Uhr durchgehend, sowie bei allen Bankstellen.

Allgemeines.

Drei Pfingsttage im Salzkammergute. Wie in den Vorjahren hat sich das Oesterreichische Verkehrsbüro München auch in diesem Jahre entschlossen, in dem ihm gehörigen Grand-Hotel in St. Wolfgang für Pfingsten einen verbilligten Aufenthalt einzuführen. Das Arrangement, welches am Pfingstmontag beginnt und am Pfingstmontag endet, schließt natürlich volle Unterkunft und Verpflegung ein, ferner Gepäcktransport, alle Abgaben sowie einen Ausflug mit der Zahnradbahn auf den Schafberg. Der Preis für das Arrangement beträgt pro Person RM. 33.—. Ab München werden am Pfingstsamstag 8 Uhr früh Gesellschaftsautos nach dem Salzkammergute verkehren und können auch Teilnehmer, welche sich für das Hotelarrangement nicht einschließen können, die Fahrt mitmachen. Der Autoausflug stellt sich pro Person auf RM. 25.—. Ausführliche Aufschlüsse erteilt das Oesterreichische Verkehrsbüro, München, Promenadeplatz 15.

Zur gefl. Beachtung!

Der Gesamtauflage der heutigen Ausgabe liegt ein Prospekt der Firma Schering-Kahlbaum A.-G., Berlin, über »Neotropin« bei. Wir empfehlen diese Beilage der besonderen Beachtung unserer Leser.

Billige

Pfingstausflüge im Auto

Dreitagefahrt:

Abfahrt: Pfingstsamstag, 8 Uhr früh
Rückkunft: Pfingstmontag, 21.00 Uhr abends

**München-Wasserburg-Traunstein-Salzburg
St. Gilgen - St. Wolfgang (Salzkammergut)
und retour pro Person Fahrpreis Mk. 25.—**

Ferner bei Mindestbeteiligung von 5 Personen

Fünftagefahrt nach

Bozen und Meran

Fahrpreis pro Person nur Mk. 55.—

Achttagfahrt: Durch die schönst. Punkte der

DOLOMITEN

Fahrpreis pro Person nur Mk. 90.—

Abgabe von Prospekten und Anmeldungen im

Oesterreichischen Verkehrs-Bureau
München, Promenadeplatz 15, Telefon 92 662

Selbst Fälle von chronischen Nierenbecken- entzündungen



die vorher jeder Behandlung trotzten, wurden auf ausschließliche Verabreichung von Adelheidquelle arbeitsfähig in verhältnismäßig kurzer Zeit (5 Wochen Krankheitsdauer). So schreibt der leitende Arzt der inneren Abteilung des Krankenhauses in G. - Achten Sie bitte besonders auf die Bedeutung des Wortes „ausschließlich“ in diesem Gutachten, es stellt die

Ueberkinger Adelheidquelle

mit in die erste Reihe deutscher Mineralbrunnen. - Wir haben die Adelheidquelle hauptsächlich zur Verordnung durch die Herren Aerzte reserviert und schicken Ihnen gerne die Druckschrift „Ein neuer Weg zur Heilung von Erkrankungen der Nieren“.

Bitte fordern Sie die interessante Schrift gleich an. Die Adresse ist:

Mineralbrunnen A.-G., Bad Ueberkinger Würt.

Wir bedienen die Herren Aerzte direkt zu Vorzugspreisen.

Generalvertretungen in München:

E. Kühles, Mineralwasser-Grosshandlung, München, Raspstrasse 6, Telefon 922 00.
Friedrich Fiad, Mineralwasser-Grosshandlung, München, Donnersbergerstraße 60.
Kleinverkauf: Maximiliansplatz 23. Fernsprecher: 63 000 und 92 592.
An allen Plätzen Niederlagen.

Bayerische Ärztezeitung

BAYERISCHES ÄRZTLICHES CORRESPONDENZBLATT

Herausgegeben von Geh. Medizinalrat Prof. Dr. H. Kerschensteiner, München, Geh. Sanitätsrat Dr. A. Stauder, Nürnberg, und Sanitätsrat Dr. H. Scholl, München.

Amtliches Blatt der Bayerischen Landesärztekammer und des Bayerischen Aerzteverbandes (Geschäftsstelle Nürnberg, Karolinenstrasse 1/II, Telephon 23045, Postscheck-Konto Nürnberg Nr. 15376, Bankkonto Bayerische Staatsbank Nürnberg Offenes Depot 32926).

Schriftleiter San.-Rat Dr. H. Scholl, München, Arcisstrasse 4/II. Tel. 58588 und 58589.

Verlag der Ärztlichen Rundschau Otto Gmelin München 2 NW, Arcisstr. 4, Gartenhaus II. Stock. Tel. 596483. Postscheckkonto 1161 München.

Die »Bayerische Aerztezeitung« erscheint jeden Samstag. Bezugspreis vierteljährlich 4 Mark. — Anzeigen kosten für die 6 gespaltene Millimeterzeile 15 Goldpfennige. — Alleinige Anzeigen- und Beilagen-Aufnahme: ALA Anzeigen-Aktiengesellschaft in Interessengemeinschaft mit Haasenstein & Vogler A.-G. Daube & Co. G. m. b. H. München, Berlin und Filialen.

№ 21.

München, 23. Mai 1931.

XXXIV. Jahrgang.

Inhalt: Dr. Joseph von Kerschensteiner. — Abgabe von Arznei- und Heilmittel durch die Krankenkassen ohne ärztliche Verordnung. — Mitteilung der Bayer. Landesärztekammer und des Bayer. Aerzteverbandes. — Sozialversicherung und Aerzte. — Richtlinien der ärztlichen Organisationen für Verträge und Dienstanweisungen hauptamtlich angestellter leitender Krankenhausärzte. — Aufnahme in die Cavete-Tafel eines ärztlichen Standesvereins. — Triumph der Minderwertigen. — Auch das nennt man Sparsamkeit. — Unlauterer Wettbewerb durch zu weitgehende unwahre Reklamebehauptungen. — Eine soziale Tat. — Zum 60. Geburtstag des Herrn San.-Rat Vollmann, Berlin. — Unverständliche Gerichtsentscheidung betr. Annoncieren der Aerzte. — Deutscher Aerztetag in Köln 1931. — Zulassungsausschuss Nürnberg. — Dienstenachricht. — Vereinsmitteilungen: Münchener Aerzterverein für freie Arztwahl; Amberg. — Ferien an der Bernsteinküste der Ostsee. — Bücherschau.

Der Verlag behält sich das Recht des alleinigen Abdrucks aller Originalbeiträge vor, ebenso das Recht jeden Nachdrucks von Sonderabzügen.

Dr. Joseph von Kerschensteiner.

Von Sanitätsrat Dr. Neger, München.

Es war in den letzten Tagen des heißen Juli des Jahres 1896. Eben hatten wir in den Laboratoriumsräumen des Hygienischen Institutes die praktische Prüfung beendet, da öffnete sich die Türe, und mühevoll, mit schwerer Atemnot ringend trat der damalige Vorsitzende der Physikatprüfung herein, um in der ihm eigenen humorvollen Art nach dem Fortgang der Prüfung sich zu erkundigen, an den einen oder anderen Kandidaten, der ihm persönlich bekannt war, ermunternde Worte zu richten.

Wir jungen Aerzte hatten damals den Eindruck, daß ein schweres, seinem bitteren Ende nahes körperliches Leiden mit dem letztmöglichen Reste von Berufstreue im Kampfe lag. Wir hatten uns nicht getäuscht: unser Jahrgang war der letzte, zu dem er in seiner patriarchalischen Weise sprechen sollte. Wenige Wochen später hatte Bayern den verdienstvollen Leiter seines Medizinalwesens verloren. Am 23. Mai werden es hundert Jahre, daß Joseph v. Kerschensteiner das Licht der Welt erblickt hat, und wenn auch die Zeit seines Wirkens weit zurückliegt, so sind doch unter uns Aeltern nicht wenige, die gerne ein paar Augenblicke beim Gedenken an diesen seltenen Mann verweilen werden, und auch für die Kollegen nach seiner Zeit wird es nicht ohne Interesse sein, wenn hier in ganz kurzen Zügen das Bild von einem Arzte gezeichnet wird, dem eine heutzutage gar nicht mehr denkbare Universalität des Denkens und Schaffens zu eigen war.

Gerade dadurch, daß v. Kerschensteiner, ehe er an den grünen Regierungstisch berufen wurde, im Leben und Arbeiten als praktischer Arzt die Leiden und Freuden,

die Sehnsucht des Arztes begriffen hatte, hat er frühzeitig die Lebensbedingungen für einen gesunden Arztstand erkannt und war er mehr als andere befähigt, die Standesbestrebungen der Aerzte zu verstehen und zu fördern. Als Kreismedizinalrat hatte er die Kinderjahre der neuen Organisation der ärztlichen Standesvertretung durchlebt. Gegen Ende seiner Laufbahn, d. i. im Jahre 1895, steht als Markstein die Bildung der Aerztekammern und der ärztlichen Bezirksvereine. Mit den Bestrebungen der ärztlichen Wohltätigkeitsvereine: Pensionsverein, Sterbekassenverein, Invalidenverein, war seine Person durch schaffende, tätige Mitarbeit aufs engste verknüpft.

Einrichtungen, die uns heute als selbstverständlich anmuten, gingen aus seiner fördernden Hand hervor.

Als erster trat er, die kommende Dezentralisation, insbesondere der operativen Tätigkeit, von weitem voraussehend, für die Einrichtung von Krankenhäusern in kleineren Städten und ländlichen Bezirken ein und für die Schaffung von Kinderheilstätten, als Mitglied des Obersten Schulrates für die Reform des bayerischen Mittelschulwesens. Die oberpolizeilichen Vorschriften über die Leichenschau, die Regelung des Apothekenwesens, die neue Badeordnung, die Dienstanweisung für die Hebammen — alles Angelegenheiten, die mit Schädlichkeiten und Schädlingen an der Volksgesundheit gründlich aufräumten, gingen aus seinem Amtsbereich hervor. An der Seite Gefkys hat er den Frieden mit der Kochschen Schule angebahnt; bei den Verhandlungen im Kaiserl. Gesundheitsamt fiel sein Wort schwer in die Waagschale, und die norddeutschen Herzen schlugen ihm entgegen, nicht zum wenigsten wegen der humorvollen Art, mit der er Gegensätze auszugleichen verstand, seine Tischreden waren berühmt. Bei der Entseuchung Münchens stand er mit Arbeiten über die Münchener Kanalisation und über die Mortalitätsstatistik, über die Methoden der epidemiologischen Forschung auch auf dem Plan.

Und bei dem allen fand er noch Zeit, am Ausbau der Tätigkeit der Volksbildungsvereine mitzuhelfen, in der Haushaltungsschule selbst den Unterricht in der Gesundheitslehre zu erteilen und lange Jahre die Bibliothek des Münchener Aertzlichen Vereins als Bibliothekar zu betreuen, zu ordnen und zu bereichern; in ganz stillen Stunden endlich gehörte seine Liebe den Studien über Paracelsus und alte bayerische Aerzte.

Joseph v. Kerschensteiner ist am 2. September 1896 von uns gegangen, nicht ohne uns ein Vermächtnis zu hinterlassen. Wenn sein Sohn, Mitherausgeber dieser Blätter, bei allen den ärztlichen Stand berührenden großen Fragen seit Jahren mit Wort und Schrift in vorderster Linie steht, so wirkt er als treuer Bewahrer dieses Vermächtnisses.

Zur Frage der Abgabe von Arznei- und Heilmitteln durch die Krankenkassen ohne ärztliche Verordnung.

Die vom Reichsversicherungsamt in der Entscheidung vom 30. Oktober 1930 Nr. 3923 vertretene Auffassung, daß die Krankenkassen berechtigt sind, in geeigneten Fällen Arzneien auch ohne ärztliche Behandlung zu gewähren, hat in den Kreisen der Aerzte eine große Beunruhigung hervorgerufen. Das ist begreiflich. Denn die Ausschaltung der Aerzte bei Versorgung der Versicherten mit Arznei- und Heilmitteln ist eine Maßnahme, die sowohl das berufliche wie finanzielle Interesse der Aerzte berührt.

Unter Hinweis auf die gesundheitlichen Gefahren, die bei Anweisung bzw. Abgabe einer Arznei ohne Mitwirkung des Arztes entstehen können, ist die bayerische Aerzteschaft bei dem zuständigen Ministerium vorstellig geworden und hat hierbei über Fälle berichtet, in denen einzelne Kassen sich haben Uebergriffe zu schulden kommen lassen. In Würdigung der vorgebrachten Beschwerden haben die Staatsministerien des Innern und für Landwirtschaft und Arbeit die Vertreter der Krankenkassenverbände zu einer Aussprache eingeladen, bei der der Sachbearbeiter des Staatsministeriums für Landwirtschaft und Arbeit folgende Ausführungen machte:

„Nach der grundsätzlichen Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 30. Oktober 1930 II a K 409/291 (AN. 1931, IV, S. 7) ist die Erfüllung des Anspruchs eines Versicherten auf Versorgung mit Arznei (§ 182 Nr. 1 RVO.) von der Vorlegung einer kassenärztlichen Bescheinigung abhängig, sofern nicht die Krankenkasse nach pflichtgemäßem Ermessen hiervon absehen zu können glaubt. Der Anspruch auf Versorgung mit Arznei (und anderen Heilmitteln) nach der Reichsversicherungsordnung ist hiernach zwar grundsätzlich, aber nicht rechtsnotwendig an eine ärztliche Verordnung gebunden. Dem pflichtgemäßen Ermessen der Krankenkasse wird ein entsprechender Spielraum gelassen.

In letzter Zeit sind nun folgende Vorfälle bekanntgeworden, die die ärztlichen Standesvertretungen zum Gegenstand von Vorstellungen gemacht haben. Eine Krankenkasse hat selbständig eine Wiederholungsanweisung auf Scopolamin, eine andere auf Pilocarpin ausgestellt. In anderen Fällen wurde zum Arzneibezug in der Apotheke Versicherten eine Anweisung auf ‚ein Mittel gegen Magenschmerzen‘, ‚ein Mittel gegen Nervenschmerzen‘ gegeben; dabei stellte sich nachträglich heraus, daß Krankheiten ganz anderer Art vorlagen. Die Krankenkassen haben sich zur teilweisen Rechtfertigung dieses Verhaltens auf die eingangs erwähnte Entscheidung des Reichsversicherungsamts bezogen. Demgegenüber ist auf folgendes hinzuweisen.

Das der Krankenkasse eingeräumte Ermessen zu einer selbständigen Versorgung der Versicherten mit Arznei findet seine Schranken einerseits in der Pflicht der Krankenkasse, nur das zur Erreichung des Heil-

zwecks Notwendige zu gewähren, andererseits in der Pflicht, die Versicherten in ihrem Anspruch auf ärztliche Behandlung nicht zu schmälern und die — auch dem Schutz dieses Anspruchs dienenden — medizinapolizeilichen Vorschriften über die Abgabe von Arzneien und die Ausübung der Heilkunde zu beachten.

In der Regel wird die Krankenkasse nicht in der Lage sein, zu beurteilen, ob eine Arznei notwendig ist. Hierzu ist der Arzt berufen, er ist fähig, die Notwendigkeit der Versorgung mit Arznei zu ermitteln, und der Kassenarzt ist verpflichtet, die den Umständen nach wirtschaftlichste Verordnungsweise zu wählen (vgl. die Richtlinien für wirtschaftliche Arzneiverordnung vom 25. April 1930 in Abschn. IV d. M. E. vom 25. April 1930 (StAnz. Nr. 100) sowie die Anweisung des Landesauschusses für Aerzte und Krankenkassen in Bayern für die kassenärztliche Tätigkeit). Der Arzt allein ist auch in der Lage, Krankheiten, die ärztlicher Behandlung bedürfen, schon in ihrer Entstehung zu erkennen, so daß die notwendigen Maßnahmen ergriffen werden können. Wenn nun die Krankenkasse, sei es auch auf Wunsch des Versicherten, unter Umgehung des Arztes Arzneien selbst oder durch eine Arzneibezugsstelle (Apotheke) abgibt, wird sie sich vielfach der Gefahr aussetzen, unwirtschaftlich zu handeln oder den Kranken von notwendiger rechtzeitiger ärztlicher Beratung abzuhalten. Ausnahme weise kann einmal ein Fall vorliegen, wo die Entbehrlichkeit ärztlicher Behandlung klar liegt und wo auch von einem Laien erkannt werden kann, welche Arznei erforderlich ist. Es wird sich aber stets um seltene Ausnahmefälle handeln. Allgemeine Anhaltspunkte zur Abgrenzung eines solchen Tatbestandes lassen sich nicht aufstellen. Wie weit die Krankenkasse gehen darf, ist eine Frage der Beurteilung des einzelnen Falles. Die Krankenkassen werden aber gut daran tun, in der eigenen unfachmännischen Prüfung eines Krankheitsfalles äußerste Vorsicht und Zurückhaltung zu üben. Das Bestreben, Kosten ärztlicher Behandlung für die Kasse wie den Versicherten (Krankenscheingebühr) zu ersparen oder dem Versicherten den Gang zum Arzte abzunehmen, muß unter allen Umständen zurücktreten.

Für ein Ermessen der Krankenkasse bleibt überhaupt kein Raum, wo die selbständige Versorgung der Versicherten mit Arznei zu einer Verletzung der medizinapolizeilichen Vorschriften über die Abgabe von Arzneien und die Ausübung der Heilkunde führen würde. Die Eigenabgabe von Arzneien, die dem Verkehr außerhalb der Apotheken entzogen sind, ist den Krankenkassen unbedingt verboten. (§ 2b der VO., betr. den Verkehr mit Arzneimitteln, vom 22. Oktober 1901 [RGBl. S. 380] mit Änderungen, insbesondere durch die VO. vom 27. März 1925 [RGBl. I., S. 40]; Urteil des Bayer. Obersten Landesgerichts vom 25. Juni 1928 in „Arbeiterversorgung“ 1929, S. 23.) Das gleiche gilt für die Stoffe und Zubereitungen im Sinne des Gesetzes über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (Opiumgesetz) vom 10. Dezember 1929 (RGBl. I., S. 215) nebst VO. über die Zulassung zum Verkehr mit Betäubungsmitteln vom 1. April 1930 (RGBl. I., S. 113). Unzulässig ist es ferner, Arzneien abzugeben oder die Abgabe durch eine andere Bezugsstelle zu veranlassen, soweit die betreffenden Mittel nicht im Handverkauf abgegeben werden dürfen oder deren wiederholte Abgabe den Vorschriften über wiederholte Abgabe von Arzneien widerspricht, wie dies in den oben erwähnten Fällen der Abgabe von Scopolamin und Pilocarpin der Fall war. (VO. über das Verschreiben Betäubungsmittel enthaltender Arzneien und ihre Abgabe in den Apotheken vom 19. Dezember 1930 [RGBl. I., S. 635] und vom 24. März 1931 [RGBl. I., S. 76]; VO. über die Abgabe stark wirkender Arznei sowie die Beschaffenheit und Bezeichnung der Arzneigläser und Standgefäße in den Apotheken in der Fassung vom 2. April 1931 [GVBl. S. 105]; VO. vom 26. Juli 1907, den

Verkehr mit Geheimmitteln und ähnlichen Arzneimitteln betr. [GVBl. S. 593] vom 24. Dezember 1924, [GVBl. S. 244]; vom 16. Februar 1929 [GVBl. S. 11]; VO. vom 6. Februar 1923 über Angabe von Tuberkulinen in Apotheken [GVBl. S. 21]; § 44 der VO. über das Apothekenwesen vom 27. Juni 1913 [GVBl. S. 343].) Da nach § 35 der VO. über das Apothekenwesen vom 27. Juni 1913 der Apothekenvorstand und das pharmazeutische Hilfspersonal sich nicht mit Heilberatung und Heilbehandlung befassen dürfen, darf auch die Krankenkasse nicht durch eigene Arzneiverordnungen ohne bestimmte Bezeichnung des benötigten Mittels, wie z. B. durch eine Anweisung auf „ein Mittel gegen Nervenschmerzen, Magenschmerzen usw.“ durch Übertretung dieses Verbots Anlaß geben.

Schließlich muß darauf hingewiesen werden, daß die eingangs erwähnte Entscheidung des Reichsversicherungsamts, welche die Krankenkassen teilweise zur Rechtfertigung ihres Verhaltens herangezogen haben, an sich eine ganz andere Frage betrifft, nämlich die, ob die kassenärztliche Verordnung wesentliche Voraussetzung des Anspruchs auf Arznei ist. Diese Frage wird behauptet, nur mehr nebenbei wird bemerkt, daß unter Umständen die Arzneiverordnung überhaupt nicht auf eine ärztliche Behandlung zurückzugehen braucht. Es ist zu befürchten, daß die Krankenkassen sich auf ein sehr gefährliches Gebiet begeben, wenn sie diese Entscheidung zum Anlaß nehmen, entgegen der bisherigen bewährten Verwaltungsübung eine regelmäßig dem Arzt vorbehaltenen Prüfung selbst zu übernehmen.“

Zu diesen Ausführungen ist folgendes zu bemerken:

Die eingangs erwähnte Entscheidung des Reichsversicherungsamts ist zweifellos geeignet, Zustände zu schaffen, die sich mit dem Sinn und Zweck der Krankenversicherung nicht vertragen. Wenn es auch Fälle gibt, in denen der Kassengeschäftsführer als Laie beurteilen kann, welches Arznei- oder Heilmittel zur Linderung oder Heilung des Leidens notwendig ist (z. B. bei chronischen Leiden), so darf doch nicht vergessen werden, daß durch die Anwendung einer falschen Arznei großes Unheil angerichtet werden kann. Mit der Anweisung bzw. Abgabe einer Arznei laden daher die Kassengeschäftsführer eine große Verantwortung auf sich.

Die Notverordnung hat die Gefahr, daß unter Umgehung des Arztes Arzneimittel verlangt und abgegeben werden, erheblich vergrößert, weil viele Versicherte, insbesondere bei leichteren Erkrankungen, auf den Gedanken kommen, die Arztscheingebür zu „schinden“.

Wir möchten daher der vorstehend niedergelegten Auffassung der beiden Ministerien grundsätzlich beitreten und den Krankenkassen dringend empfehlen, sich bei Anweisung oder Abgabe von Arznei- und Heilmitteln eine weitgehende Zurückhaltung aufzuerlegen, damit sie nicht mit den gesetzlichen Bestimmungen in Konflikt kommen.

Im übrigen möchten wir bemerken, daß das von den Aerzten vorgelegte Beschwerdematerial so dürftig ist (die eingangs genannten Fälle von Scopolamin- und Pilocarpin-Abgabe liegen bereits fünf Jahre zurück), daß vorläufig für die Aufsichtsbehörden kein Anlaß zu irgendwelchen Befürchtungen und für die Ärzteschaft kein Grund zu finanziellen Sorgen bestehen dürfte.

(„Mitteil. d. Verb. d. Bayer. Betriebskassen“ 5. 6. 31.)

Anmerkung der Schriftleitung: Der Standpunkt der beiden bayerischen Ministerien gegenüber der ganz unbegreiflichen Entscheidung des Reichsversicherungsamts ist dankbar zu begrüßen, ebenso die Stellungnahme des Verbandes der Bayer. Betriebskrankenkassen, der sich hoffentlich auch die anderen bayerischen Kassenverbände anschließen. Sonst würde ja der Kurpfuscherei Vorschub geleistet werden, die zur Zeit in Deutschland blüht wie noch nie, zum größten Schaden des Volkes.

Mitteilung der Bayerischen Landesärztekammer und des Bayerischen Aerzteverbandes.

1. Wegen Beurlaubung des Landessekretärs vom 26. Mai bis 13. Juni bitten wir, während dieser Zeit nur die dringendsten Anfragen an das Landessekretariat richten zu wollen.

2. Das vorläufige Abkommen mit der Postbeamtenkrankenkasse, welches für das 1. Vierteljahr 1931 Geltung hatte, gilt auch noch für das 2. Vierteljahr 1931. Die Verhandlungen über einen endgültigen Vertrag stehen vor dem Abschluß.

Sozialversicherung und Aerzte.

Von Med. Dr. Gottlieb Pick, Aussig.

(Fortsetzung.)

IV. Notverordnung.

Die SV. war auf gute Wirtschaft und gute Menschen aufgebaut. In Amerika war die Prosperität und die Zuversicht in ihre ewige Dauer die Ursache, daß man von der SV. absah. Man hat sich verrechnet. Jetzt besteht auch in Amerika Arbeitslosigkeit und keine Sozialversicherung, auch keine öffentliche Arbeitslosenvorsorge. In Deutschland führte der wirtschaftliche Niedergang zu einer Krise der SV. Das Kritische liegt darin, daß bei absteigender Wirtschaftslage die Ausgaben größer werden, während die Einnahmen sinken, wodurch das wirtschaftliche Gleichgewicht gestört und die Reserven aufgezehrt werden; die nötigen Zuzahlungen kann die notleidende Wirtschaft nicht aufbringen. In Deutschland trat die Katastrophe einerseits durch die steigenden Ausgaben der Arbeitslosenversicherung ein, erreichte doch die Zahl der Arbeitslosen die gewaltige Ziffer von beinahe 5 Millionen; andererseits mittelbar dadurch, daß die Zahl der arbeitsunfähigen Kassenmitglieder anwuchs, wieder aus zwei Gründen: einerseits weil der Arbeitslose leichter erkrankt und zur Wiederherstellung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit längere Zeit benötigt, andererseits weil bei Arbeitslosigkeit die KV. zur Krisenversicherung wird. Der Ertrinkende klammert sich an einen Strohalm. Daher ist dem Problem der Arbeitslosigkeit durch die Versicherung nur schwer beizukommen.

In Deutschland wollte man das Defizit der Arbeitslosenversicherung decken, indem man die Ausgaben der KV. drosselte. In Deutschland kostet die SV. mehr als in anderen Ländern, und Deutschland ist heute ärmer als diese Staaten. Ein verarmter Staat muß sich größter Sparsamkeit befleißigen und sich alles Ueberflüssige, das über das Notwendige hinausgeht, versagen. Selbst für die Erhaltung der Volksgesundheit sind die Mittel, trotzdem sie in Zeiten der Not dringender und reichlicher gebraucht werden, nicht aufzubringen.

Die Notverordnungen wurden in einer Panikstimmung erlassen. Not und Angst sind aber schlechte Ratgeber, noch schlechtere Gesetzgeber. Sie bedeuten keine befriedigende Lösung, weil man nur einseitig die wirtschaftliche Not sah und die Regelung nicht von den richtigen psychologischen Voraussetzungen ausging. Es wird hier derselbe Fehler wiederholt, der sich wie ein roter Faden durch die ganze SV. zieht: mechanisch bessern zu wollen, was psychisch verursacht ist.

Es wird die Beaufsichtigung verschärft, ohne daß man sich bewußt wird, daß ein System, das fortdauernd strengere Kontrollmaßnahmen treffen muß, nicht zweckmäßig sein kann. Hierbei zeigte sich auch der weitere Mangel der SV., ihre Politisierung, namentlich ihre Abhängigkeit von der Parteipolitik. Die Notverordnungen mußten so abgefaßt werden, daß bei ihrer parlamentarischen Beratung eine Mehrheit zustande kommt. Da hat

man zu der bewährten Methode seine Zuflucht genommen, den Schlag in der Richtung des geringsten Widerstandes zu führen. Die Aerzte waren schon lange wehrlos, erprobte Prügelknaben und Sündenböcke. Bemerkenswert ist hierbei nur der Umfall der Regierungsbürokratie, die ihre Mission, vermittelnd zu wirken, vollkommen vergaß und sich mit ihrer Vergangenheit in Widerspruch stellte.

Der Zweck der Notverordnungen ist es, durch Sparmaßnahmen die Ausgaben zu mindern, damit Gelder für die Arbeitslosenversicherung zur Verfügung gestellt werden können. Diese Rechnung hatte von Anfang ein Loch: denn selbst wenn es möglich wäre, durch die Notverordnung die Kassenbeiträge um 1 Proz. des Lohnes herabzusetzen, würde dies bei der lawinenartigen Vergrößerung der Zahl der Arbeitslosen nur ein Tropfen auf den heißen Stein sein.

Aber auch beim Sparsystem ist man bei den Notverordnungen nicht konsequent vorgegangen. Man hat nichts darüber gelesen, daß an den Verwaltungsausgaben und den Bezügen der Sozialbeamten Kürzungen vorgenommen worden wären. Es ist in dieser Beziehung kennzeichnend, daß in der SV. im allgemeinen und in der KV. im besonderen die Zahl der Beamten und Angestellten größer ist als die Zahl der zugelassenen Aerzte, das heißt die Verwaltung erfordert mehr Arbeitskräfte als die ärztliche Behandlung. Diese Gegenüberstellung sollte zum Nachdenken anregen; sie ist ein weiterer Beweis, daß das Mechanische vor dem Sachlichen geht, und daß den Aerzten nicht der Wert beigemessen wird, der ihnen nach ihrer Arbeitsleistung und ihren Erfolgen zukommt. In den Notverordnungen doktort man an einzelnen unangenehmen Anzeichen; es wird der Versuch gemacht, die Ausgaben einzuschränken bei Krankengeld, Arzneien und Aerztekosten. Man setzt den Hebel gleichzeitig, aber nicht gleichmäßig an zwei Seiten an, bei den Versicherten und bei den Aerzten, bei den ersteren schüchtern, bei den letzteren entschiedener. Das Kassenmitglied hat vor Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe einen Krankenschein zu lösen, der von 1 Mark bis auf 0 abgestuft ist, ferner zu jeder Heilmittelverordnung einen Beitrag von 50 Pfennig zu zahlen. Diese Bestimmungen haben unter den politischen Arbeiterparteien einen Sturm der Entrüstung hervorgerufen, was zur Folge hatte, daß ein Rückzug angetreten wurde und Ausnahmen vorgesehen wurden, durch welche die Gewährung kassenärztlicher Hilfe ohne Bezahlung der Krankenscheingebühr in vielen Fällen ermöglicht wird. Auch die Aerzte haben sich gegen die Krankenscheingebühr ausgesprochen mit der Begründung, daß durch dieselbe sich manche Kranken werden abhalten lassen, den Arzt rechtzeitig zuzuziehen, wodurch gesundheitlicher Schaden entstehen werde. Daß dies im Bereiche der Möglichkeit liegt, ist anzunehmen. Trotzdem halte ich die Aufhebung dieser Bestimmung nicht für zweckmäßig; ihre Bedeutung ist symptomatisch. Es ist in der geradlinigen Entwicklung der SV. das erstmal, daß Bremsen und Hemmungen gegen eine Ueberarztung in der SV. vorgesehen werden. Die unentgeltliche kassenärztliche Hilfe hat unendlich segensreich für die Hebung der Volksgesundheit gewirkt. Die freiarztliche Hilfe, die durch die Zwangsversicherung neu eingeführt wurde, bot die einzige Möglichkeit, die breiten Bevölkerungsschichten der ärztlichen Behandlung in allen Erkrankungsfällen zuzuführen. Aber gerade die Unentgeltlichkeit hat die Krankheit mechanisiert und sozialisiert; dem Kassenmitglied ist das Bewußtsein abhanden gekommen, daß es um sein persönliches Schicksal geht, wofür er aus eigenem auch vorzusorgen und beizutragen habe. Es kann nicht schaden, wenn ihm dies in irgendeiner Form wieder zum Bewußtsein kommt. Ob gerade die in den Notverordnungen vorgesehene Regelung die einzig mögliche oder die zweckmäßigste ist, soll hier nicht näher untersucht werden; jedenfalls ist diese Bestimmung nicht etwas Un-

erhörtes. In manchen Staaten, die nach deutschem Muster die KV. eingeführt haben, genießen die Versicherten bezüglich der ärztlichen Behandlung nicht so weitgehende Leistungen. England kennt keine kassenärztliche Behandlung durch Fachärzte, Belgien hat den Ticket modérateur, in Frankreich trägt der Versicherte 15 bis 20 Proz. zu den Arztkosten bei, in der Schweiz sind die Kassen befugt, die Mitglieder bis zu einem Viertel an der Tragung der Heilkosten zu beteiligen, in Oesterreich ersetzen die Kassen bei Behandlung durch vertragsmäßig nicht zugelassene Aerzte die Aerztekosten nur bis zur Höhe der Bezahlung der Kassenärzte, in der Tschechoslowakei leistet in der Angestelltenversicherung das Kassenmitglied durch Marken einen Beitrag zu jeder ärztlichen Einzelleistung. In Deutschland bedeutet die Krankenscheingebühr eine grundsätzliche Umkehr. Bisher hieß es: „Hin zum Arzt“, jetzt mahnt es: „Ueberlege es dir, bevor du den Arzt rufst“; damit du es nicht unnötig tust, mußt du außer deinen Krankenkassenbeiträgen eine Sondersteuer erlegen. Der Versicherte wurde bisher mittels einer ziemlich eindringlichen Propaganda angeregt, den Arzt bei jedem Unbehagen möglichst bald aufzusuchen und sich bis zur vollständigen Wiederherstellung behandeln und nachher durch die Gesundheitsfürsorge beobachten zu lassen. Man konnte sich an Vorbeugung, Vorsorge und baldiger sowie gründlicher Behandlung nicht genug tun. Jetzt auf einmal wird ziemlich unvermittelt zwischen dem Arzt und dem Kassenkranken, neben dem schon bestehenden Betrieb der KV. eine neue Mautschranke aufgerichtet, die nur nach Erlag eines Geldbetrages geöffnet wird. Der Versicherte wird etwas irre, wenn man zu einer Zeit, in der seine Gesundheit schwächer und sein Geld knapper geworden, ihm zur Erlangung ärztlicher Hilfe eine Sonderlast auflegt. Trotz all dieser Bedenken, die mehr die Art der Durchführung betreffen, ist der Grundgedanke richtig, daß sich auch der Kassenkranke mehr als bisher bewußt werden soll, daß er zur Wiederherstellung seiner Gesundheit auch sein Scherflein beitragen soll.

Dasselbe gilt von der Zuzahlung zum Verordnungsblatt (Rezept). Daß der Arzneiung der Versicherten unstillbar ist, kann als bekannt vorausgesetzt werden. Auch hier wurde der Versuch gemacht, die Aerzte dafür verantwortlich zu machen. Die Hauptschuld trifft die aufdringliche Reklame der Heilmittelerzeuger. Handel und Industrie bemühten sich der Erzeugung immer neuer Spezialitäten, und der Markt wurde in erster Linie aus kaufmännischen Erwägungen mit einer Unmenge von neuen Heilmitteln überschwemmt, die mit marktschreierischer Aufdringlichkeit angepriesen wurden. Dieser suggestiven Massenwirkung erlagen die Kassenmitglieder um so leichter, da die Verabfolgung auf Kassakosten für sie mit keinen Auslagen verbunden war, und sie das Bewußtsein hatten, daß sie dadurch so behandelt wurden wie ein Kommerzienrat und nicht wie Kranke zweiter Güte.

Auch hier ist der Gedanke richtig, daß der Versicherte, um Verschwendung hintanzuhalten, einen Beitrag leisten soll; es ist auch nicht etwas ganz Neues, da schon im geltenden Gesetz derartige Bestimmungen enthalten waren, die allerdings nicht gehandhabt wurden. Ob gerade die in den Notverordnungen gefundene Lösung, einen bestimmten Betrag zu zahlen ohne Rücksicht auf die Höhe der Verordnung, die richtige ist, bleibe dahingestellt. Da sogar die Möglichkeit besteht, daß der Kassenkranke mehr zahlt als das Rezept kostet, wurde in der Notverordnung vom Dezember dies dahin eingeschränkt, daß die Zahlung nur zu leisten ist, wenn die Verordnung diese Summe von 50 Pfennig übersteigt.

Gegenüber den Aerzten hat man in den Notverordnungen entschiedener zugegriffen und fester durchgehalten. Hier konnte man den starken Mann spielen, da man voraussetzen konnte, daß die Aerzte in ihrer politischen

Vereinsamung und sonstigen Einflußlosigkeit keinen Anwalt und Fürsprecher finden werden. Es war vorauszu- sehen und ist wenigstens für die Uebergangszeit zugetroffen, daß die Lösung des Krankenscheines und die Zahlung zu den ärztlichen Verordnungen als Bremse wirken und die Zahl der Erkrankungsfälle sowie der ärztlichen Leistungen abnehmen und infolgedessen die Einnahmen der Kassenärzte sinken werden. Man ging von der unrichtigen Voraussetzung aus, daß die Aerzte die Hauptschuld an der Ueberarztung, der Heilmittelverschwendung und den gesteigerten Krankengeldausgaben trifft, und fand als richtigen Ausweg, Zwangsmaßnahmen einzuführen, die den Kassenarzt unter starke Bevormundung setzen, beinahe entmündigen. Man ging auch hier von psychologisch nicht zutreffenden Voraussetzungen aus. Die Initiative zur Krankmeldung und zum Krankschreiben geht von dem Versicherten und nicht vom Arzt aus. Zu normalen Zeiten fällt es keinem Versicherten ein, sich überflüssige Medikamente verschreiben zu lassen, noch weniger, solange er Arbeit hat und sich arbeitsfähig fühlt, sich durch den Arzt von der Aufnahme der Arbeit abhalten zu lassen. Es kommt eher vor, daß er sich wider den Rat des Arztes abmeldet, weil er fürchtet, den Arbeitsplatz zu verlieren oder mit dem Krankengeld für seine Familie nicht das Auslangen findet. Daß der Versicherte unter anderen Umständen den Weg zum Arzt rasch findet, ist psychologisch leicht begreiflich; denn die Krankmeldung und ärztliche Behandlung bildet die einzige Möglichkeit, für die eingezahlten Beiträge eine Gegenleistung zu erhalten. Gewiß spielt bei der Ueberarztung, die bis zu einem gewissen Grad zugegeben wird, die Untergeltlichkeit die Hauptrolle. Dieselbe liegt aber im System der KV., ist beabsichtigt und ein wesentlicher Grund der Einführung der SV. Früher konnte der Arbeiter nicht zum Arzt gehen, weil er ihn nicht bezahlen konnte. Schon der Umstand, daß man versichert ist, Arzt und Medikamente umsonst hat, verleitet einen, an die Krankheitsmöglichkeit mehr zu denken. Die mechanische Krankheitsbestimmung tut auch das ihrige dazu. Krankheit und Behandlungsbedürftigkeit sind durch die RVO. beinahe gleichbedeutende Begriffe geworden; nur behandlungsbedürftige Versicherte haben Anspruch auf die Leistungen. Schon aus diesem Grund sieht sich das Kassenmitglied veranlaßt, bei jeder Gesundheitsstörung den Arzt aufzusuchen. Dies ist auch die Ursache, daß in der kassenärztlichen Tätigkeit die sogenannten Bagatellfälle überwiegen. Uebrigens ist es schwer festzustellen, was ein Bagatellfall ist; dazu gehört längere Beobachtung und wiederholte gründliche Untersuchung. Vor allem aber weiß der Kranke nie, ob seine Beschwerden vorübergehend sind oder den Beginn einer schweren Erkrankung bilden. Der Kranke kann dies nie entscheiden, sonst kommt es zu argen Irrtümern und folgetragenden Versäumnissen. Daher soll man den Weg zum Arzt nicht erschweren. Auch der Vorwurf, daß die Kassenärzte die Versicherten arbeitsunfähig schreiben, um sich ihre Gunst zu erhalten, die Wartezimmer zu füllen und sich an den Kassenkranken zu bereichern, trifft in dieser Verallgemeinerung gewiß nicht zu. Dies würde voraussetzen, daß die Mehrheit der Kassenkranken sich aus Simulanten und Aggravanten zusammensetzt; diese Annahme ist unzutreffend. Die Krankheit ist die Regel, der Schwindel oder die Uebertreibung die Ausnahme, die nur zeitweilig mehr Ausschlag gibt. Uebrigens gibt es ein zuverlässiges Mittel, um die Aerzte von diesem Vorwurf zu befreien. Man entziehe den Aerzten das alleinige Verfügungsrecht über die Krankengeldanweisung und überweise die Entscheidung gemischten Kommissionen, in denen der Kassenarzt nur berichtet und beantragt. In den Notverordnungen geht man andere Wege: Man schränkt einerseits die Zahl der kassentätigen Aerzte nach einem mechanischen Schlüssel weiter ein und beschneidet die Rechte der

vertragstätigen Aerzte noch mehr als bisher. Vor allem aber treibt man einen Keil zwischen die kassentätigen Aerzte und zerreißt die Einheit der Behandlung. Die Lösung lautet: Ausbau der Befugnisse der Vertrauensärzte, Abbau der Funktionen der Kassenärzte. Diese Arbeitsteilung ist unnatürlich und auf die Dauer unerträglich.

Es sollen nach den Notverordnungen in Zukunft zwei Gruppen von kassentätigen Aerzten bestehen: Kassenärzte und Vertrauensärzte. Die ersteren haben nur Pflichten, die letzteren neben Pflichten auch Rechte. Der Vertrauensarzt ist fest angestellt und unabhängig von den Versicherungsträgern und den Aerzten; es wird also in die kassenärztliche Tätigkeit der Amtsarzt neu eingeschaltet. Insbesondere hat der Vertrauensarzt die Aufgabe, den behandelnden Kassenarzt zu beaufsichtigen, seine ärztlichen Anordnungen und Verfügungen zu überprüfen; er hat die Behandlungsbedürftigkeit zu entscheiden, den Heilplan festzustellen und die Anweisung des Krankengeldes nachzuprüfen. Der Kassenarzt ist eigentlich nur ausführendes Organ der Anordnungen und Verfügungen des Vertrauensarztes. Dadurch wird der Taylorismus, Trennung von Kopf und Hand, in der ärztlichen Behandlung der Kassenkranken restlos durchgeführt; als Folgen werden sich auch hier bemerkbar machen Nervosität und Arbeitsunlust der Kassenärzte; vielleicht wird dies nicht unangenehm empfunden werden, um die Kassenärzte für die Verbeamtung gefügig zu machen. Bisher galt als Grundlage der ärztlichen Berufsausübung die Verantwortung des Arztes, was eine Nachprüfung und Ueberwachung nicht ausschließt, die ja auch bisher im gegenseitigen Einvernehmen ausgeübt wurde. Jetzt wird aber die Entmündigung des Kassenarztes eingeführt und der Vertrauensarzt als Vormund eingesetzt. Man macht aus den Kassenärzten Automaten, aus den Vertrauensärzten Sanitätsfeldwebel. Man wird auch hier vielleicht zu spät einsehen, daß eine mechanische Regelung die Schwierigkeiten nicht beseitigt, sondern vermehrt. Der Vertrauensarzt ist heute eine notwendige Instanz im kassenärztlichen Dienst; er kann aber nur unter zwei Voraussetzungen günstig wirken: einerseits im Einvernehmen mit dem Kassenarzte und nicht als sein Vorgesetzter, andererseits nur für Ausnahmefälle. Der Wert jeder Kontrolle liegt in ihrer Seltenheit; als Regeleinrichtung verliert er viel von ihrer Bedeutung und wird es schließlich niemandem recht machen.

Das System der Häufung und Vermehrung der Kontrollinstanzen führt unweigerlich zur Militarisation und Bürokratisierung; der Kassenarzt wird so oder so allmählich von der Bildfläche verschwinden, das Feld beherrschen wird der Vertrauensarzt. So wird die Sozialisierung des Heilarztes um ein großes Stück vorgeschoben. Dabei ist es ein kleiner Treppenwitz der Weltgeschichte, daß eine rechtsgerichtete bürgerliche Regierung den Schrittmachern der Sozialisierung des Heilwesens Vor-schub leistet und durch eine Verordnung einen Stand, der seiner ganzen Vergangenheit und Einstellung zur Mittelklasse gehört, wirtschaftlich verelendet, psychisch zermürbt, um ihn sozialisierungsreif zu machen. Diesem Zweck dient auch die Bevorzugung des Vertrauensarztes. Darüber hat vor Jahren selbst Spielhagen sich folgendermaßen geäußert: „Man könnte wohl auf den Gedanken kommen, daß die Kassen in einer großen Anzahl von Vertrauensärzten eine Schar verlässlicher Helfer für den Fall ernstlicher Konflikte mit den behandelnden Aerzten bereithalten wollen.“ Die Zusammenarbeit zwischen den Vertrauensärzten und den Kassenärzten wird erschwert, da sich die Vertrauensärzte zu einem eigenen Verein außerhalb des Hartmannbundes zusammengeschlossen und es abgelehnt haben, trotz Beibehaltung der Einzelmitgliedschaft eine eigene Gruppe des Hartmannbundes zu sein.

Die Kassenvertreter aller Schattierungen sind mit den

Bestimmungen der Notverordnung, soweit sie die Regelung der ärztlichen Hilfe betreffen, zufrieden. Die Aerzte haben berechtigten Anlaß, mit Sorge der Zukunft entgegenzusehen. Unter dem Vorwand von Sparmaßnahmen wird die rechtliche und soziale Stellung des politisch bedeutungslosen und daher ungefährlichen Standes unterhöhlt. Es ist bequem, aber weder richtig noch gerecht, für Schäden, die zum Teil im System liegen, zum Teil in einer fehlerhaften Durchführung nur die Aerzte verantwortlich zu machen und die Abwehr in der Richtung des geringsten Widerstandes zu führen. Die französischen Aerzte haben vor Einführung der KV. in Frankreich gesagt: „Was wir fürchten: Beamte zu werden, nur noch administrative Räderchen zu sein.“ Den französischen Aerzten ist es gelungen, diese Gefahr zu bannen, daselbst ist die freie Arztwahl gesetzlich verankert. In Deutschland haben die kassenläufigen Aerzte durch die Notverordnungen den Rest der Selbständigkeit eingebüßt. Der Vertrauensarzt ist bürokratisiert, er hat gemäß der Instruktion seiner Vorgesetzten vorzugehen; der Kassenarzt hat die Anordnungen des Vertrauensarztes durchzuführen.

Ob unter diesen Zwangsmaßnahmen die Kassenärzte noch werden arbeiten können, bleibt abzuwarten.

(Fortsetzung folgt.)

Richtlinien der ärztlichen Organisationen für Verträge und Dienstanweisungen hauptamtlich angestellter leitender Krankenhausärzte.

Nachfolgende Richtlinien sind von dem Deutschen Aerztevereinsbund, dem Verband der Aerzte Deutschlands (Hartmannbund), dem Ausschuß der Preussischen Aerztekammern, dem Verband der Krankenhausärzte Deutschlands, Herrn Prof. Dr. Riecke (Göttingen) als Obmann der Deutschen medizinischen Fakultäten, dem Verband Deutscher ärztlicher Heilanstaltsbesitzer und -leiter und dem Reichsverband angestellter Aerzte als Grundlage für Verträge und Dienstanweisungen hauptamtlich angestellter leitender Krankenhausärzte gemeinsam aufgestellt und anerkannt worden. Sie werden hiermit veröffentlicht mit dem ausdrücklichen Hinweis darauf, daß sie nur für hauptamtlich angestellte leitende Krankenhausärzte gedacht sind, nicht dagegen für sonstige Krankenhausarztverträge, bei denen andere Gesichtspunkte zu berücksichtigen sind, und über die gesonderte Richtlinien ausgearbeitet und alsdann veröffentlicht werden:

Richtlinien für Verträge hauptamtlich angestellter leitender Krankenhausärzte.

1. a) Jeder leitende Arzt soll, bevor er sich zur Annahme einer Stelle verpflichtet, einen schriftlichen Vertrag mit der Anstellungsbehörde in rechtsgültiger Form abgeschlossen haben.
- b) Wo bei bereits angestellten Krankenhausärzten nur mündliche Vereinbarungen bestehen, ist die schriftliche Festlegung eines Vertrages nachzuholen.
- c) Jeder Arzt ist verpflichtet, einen von ihm abzuschließenden Vertrag vor dessen Abschluß der für den Ort des Dienstverhältnisses zuständigen Aerztekammer zur Genehmigung vorzulegen.
2. a) Die Anstellung eines leitenden Arztes soll lebenslänglich sein. Nach vollendetem 68. Lebensjahre kann jeder der beiden Vertragsschließenden mit halbjährlicher Frist kündigen. Für Aerzte, die eine leitende Stelle noch nicht innegehabt haben, kann der abzuschließende Vertrag vorsehen, zunächst nach Ablauf der ersten 1—2 Jahre aufgelöst zu werden,

wenn die Leistungen des Arztes den Anforderungen der Stelle nicht gerecht werden oder sein Verhalten, insbesondere seine Amtsführung, eine weitere Beschäftigung unzulässig erscheinen läßt. In diesem Falle soll eine Kündigung mit 6 Monaten Frist vorgesehen werden.

- b) Wo aus als berechtigt anzuerkennenden Gründen eine lebenslängliche Anstellung nicht möglich ist, ist eine möglichst langfristige Anstellung (etwa zehn Jahre) zu vereinbaren. Eine Kündigung zum Ablauf dieser Anstellungszeit soll nur unter Einhaltung einer Frist von 6 Monaten und nur aus wichtigem Gründe erfolgen dürfen; ist die Kündigung nicht ausgesprochen, so läuft der Vertrag selbsttätig jeweils um die gleiche Zeit weiter. Das Recht zu fristloser Kündigung aus § 626 BGB. bleibt hierdurch unberührt.

Beim Vorhandensein eines wichtigen Grundes, der nicht in der Person des Arztes gelegen ist, hat der Arzt Anspruch auf eine vertraglich festzulegende Entschädigung.

Ueber Vorliegen eines wichtigen Kündigungsgrundes hat im Streitfalle das zuständige Gericht zu entscheiden.

3. a) Der leitende Arzt ist verantwortlich für gewissenhafte ärztliche Untersuchung, Behandlung und Versorgung* der Kranken.

Die notwendigen Hilfskräfte und Hilfsmittel zur Behandlung der Kranken sind ihm zur Verfügung zu stellen.

- b) Er ist Vorgesetzter des gesamten Krankenhauspflegepersonals.
- c) Er ist verantwortlicher Berater in allen hygienischen, medizinischen und baulichen Fragen des Krankenhausbetriebes.
- d) Er hat seinen Wohnsitz am Orte des Krankenhauses zu nehmen.
- e) Er hat Sitz und Stimme im Krankenhausvorstand (Kuratorium bzw. Krankenhausdeputation).
- f) Der leitende Arzt hat das Recht der freien Liquidation in allen Verpflegsklassen; das Liquidationsrecht der niedrigsten Klasse kann für Kassenkranke der RVO., des Reichsknappschaftsgesetzes und für Fürsorgeempfänger durch entsprechendes Gehalt abgegolten werden.

Die Höhe des Gehaltes richtet sich einerseits nach der Größe der Anstalt und nach dem Umfang des Aufgabenkreises (Verwaltungsarbeit, etwaige Lehr- und Ausbildungstätigkeit für Pflegepersonal, ärztliche Leistungen, die nicht im einzelnen honoriert werden, u. ä.) und andererseits nach dem Umfang der Liquidationsberechtigung in der Anstalt.

Irgendwelche prozentualen Abzüge, errechnet nach Einnahmen aus privataltärztlicher Tätigkeit oder nach Verpflegsätzen der Krankenanstalten sind nicht angängig; etwaige Erstattungen sind als feste Sätze auszumachen (Pauschale pro Jahr oder pro Fall).

Der leitende Arzt soll seine Privatliquidationen für Krankenhaustätigkeit nicht durch die Verwaltung ausstellen oder einziehen lassen.

- g) Der leitende Arzt ist berechtigt, neben seiner Krankenhaustätigkeit Sprechstunden- und Konsiliarpraxis auszuüben.

Verträge der ärztlichen örtlichen Organisationen mit den Krankenkassen werden hierdurch nicht berührt. Dabei ist anzustreben, daß der Krankenhausarzt seine kassenärztliche Tätigkeit nur auf Krankenhausinsassen beschränkt.

- h) Der leitende Arzt hat Anspruch auf jährlich vier bis sechs Wochen Urlaub. Er ist berechtigt, bis zu drei Tagen sich selbst zu beurlauben. Abwesenheit

- zu Kongressen, wissenschaftlicher und standespolitischer Art und zu Fortbildungskursen ist auf den Urlaub nicht anzurechnen.
- i) Die Festlegung von Ruhegehalt und Hinterbliebenenversorgung ist ein notwendiger Bestandteil des Vertrages. Die Berechnung der Besoldung und des Ruhegehaltsdienstalters beginnt mit der Approbation.
- k) Der leitende Krankenhausarzt ist für seine Tätigkeit im Krankenhausbetrieb auf Kosten des Krankenhauses gegen Haftpflicht zu versichern.
- l) Die Obliegenheiten im Krankenhausbetrieb sind durch eine Dienstanweisung zu regeln, die Bestandteil des Vertrages sein muß.
4. Wo in einem Betriebe mehrere fest angestellte leitende Krankenhausärzte vorhanden sind, sind diese untereinander in allen ärztlichen Dingen gleichgestellt und jeder auf seiner Abteilung selbständig. Der Vertrag muß vorsehen, welchem der Aerzte die verantwortliche Leitung des Gesamtbetriebes im Sinne des Preußischen Ministerialerlasses vom 12. Oktober 1908 übertragen ist.
5. Bei Meinungsverschiedenheiten über Auslegung von Vertragsbestimmungen entscheidet ein paritätisch zusammengesetztes Schiedsgericht. Bei Nichteinigung der Beisitzer eines solchen Schiedsgerichtes über die Person des Vorsitzenden ernennt diesen der Präsident des zuständigen Oberlandesgerichts.

Richtlinien für Dienstanweisungen hauptamtlich angestellter leitender Krankenhausärzte.

1. a) Der leitende Arzt hat Sitz und Stimme im Krankenhausvorstand (Kuratorium u. dgl.).
- b) Sämtliche das Krankenhaus betreffende Angelegenheiten sind vor ihrer Erledigung dem leitenden Arzt zur Kenntnis zu bringen. Wenn mehrere Krankenaufteilungen mit selbständigen ärztlichen Leitern vorhanden sind, so ist auch diesen Aerzten von den ihre Abteilung betreffenden Angelegenheiten Mitteilung zu machen. In Krankenhäusern, in denen eine besondere Wirtschaftsleitung vorgesehen ist, hat der leitende Krankenhausarzt nur an den die Krankenversorgung betreffenden wirtschaftlichen Dingen mitzuwirken.
2. Da der leitende Arzt der Aufsichtsbehörde gegenüber in allen hygienischen Fragen seines Krankenhauses verantwortlich ist, ist er in allen baulichen und sonstigen hygienischen Fragen vor Erlaß etwaiger Anordnungen als Gutachter zuzuziehen.
- Er hat der baulichen Beschaffenheit und Einrichtung des Krankenhauses in hygienischer Hinsicht, ebenso wie in allen anderen hygienischen Fragen seine Aufmerksamkeit zuzuwenden und die erforderlichen Verbesserungsvorschläge zu machen.
3. Der leitende Arzt ist verantwortlich für gewissenhafte ärztliche Untersuchung, Behandlung und Versorgung der Kranken.

Soweit die notwendigen Hilfskräfte und Hilfsmittel hierzu nicht zur Verfügung stehen, hat er für deren Beschaffung Vorschläge zu machen.

Die Regelung des ärztlichen Aufnahmestandes und der Unterbringung der Kranken innerhalb des Krankenhauses sowie deren Entlassung gehört zu den Pflichten des leitenden Arztes. Bei Verstößen von Kranken gegen die erlassene Hausordnung kann deren sofortige Entlassung im Einverständnis mit dem behandelnden Arzt auch von der Verwaltung verfügt werden.

Ueber jeden Kranken ist ein besonderes Krankenblatt zu führen; für die zum Krankenhausdienste notwendigen Bescheinigungen und Auskünfte hat der leitende Arzt zu sorgen.

4. a) Die Anstellung und Entlassung des ärztlichen Hilfspersonals geschieht auf Vorschlag des leitenden Arztes und im Einvernehmen zwischen ihm und dem Krankenhauseigentümer. Die dienstliche Tätigkeit der ärztlichen Hilfskräfte wird allein vom leitenden Arzt geregelt und beaufsichtigt.
- b) Die Regelung der Einstellung, Entlassung und des Wechsels des Pflegepersonals erfolgt im Einvernehmen mit dem leitenden Arzt. In Anstalten mit religiös organisiertem Pflegerpersonal erfolgt diese Regelung im allgemeinen durch die Oberin; doch ist bei besonders wichtigen Stellen ein vorheriges Einvernehmen mit dem leitenden Arzt auch hier herbeizuführen.

Die Ueberwachung der Tätigkeit des Pflegepersonals obliegt dem leitenden Arzt im Einvernehmen mit der zur Beaufsichtigung des Pflegepersonals bestimmten Persönlichkeit.

Aufnahme in die Cavete-Tafel eines ärztlichen Standesvereins.

Von Amtsgerichtsrat i. R. Franz.

Das Reichsgericht hat mit Urteil vom 15. Oktober 1930 die Frage entschieden, unter welchen Umständen ein Verstoß gegen die guten Sitten im Sinne des § 826 BGB. anzunehmen ist, wenn ein ärztlicher Standesverein (Aerzteverband) ein Kinder- und Entbindungsheim dem Namen nach in dem in seiner Zeitschrift befindlichen Verzeichnis der für die Verbandsmitglieder gesperrten Stellen (Ueberschrift: Cavete collegae) veröffentlicht.

Der Kläger (Fürsorgeverband) unterhielt ein Kinder- und Entbindungsheim, dessen Leitung in den Händen eines Kreissyndikus a. D. S. lag. Die in diesem Heim tätige Aerztin B. hat wegen Unzuträglichkeiten mit dem Heimleiter ihre Tätigkeit eingestellt und davon dem Aerzteverein Mitteilung gemacht. Der Beklagte (Aerzteverband) hat daraufhin in seiner Zeitschrift, welche ausschließlich die Interessen der Aerzte verfolgt, seine Mitglieder wiederholt gewarnt, im Heim des Klägers ärztliche Tätigkeit auszuüben. Er hat insbesondere das Heim in die Cavete-Tafel aufgenommen, ein unter der Ueberschrift „Cavete collegae“ erscheinendes Verzeichnis von Stellen, die für die Mitglieder des Verbandes gesperrt sind.

Während die beiden Vorinstanzen den Verband verurteilten, „die Aufführung der ärztlichen Tätigkeit im Säuglings- und Entbindungsheim des Klägers in der Zusammenstellung unter der Ueberschrift „Cavete collegae“ in seiner Zeitschrift oder sonstige Warnungen vor Uebernahme dieser Tätigkeit zu unterlassen“, hat das Reichsgericht die Klage abgewiesen.

Grundlage für die Entscheidung war die Prüfung, ob der beklagte Verband durch sein Vorgehen dem Kläger in einer gegen die guten Sitten verstoßenden Weise im Sinne des § 826 Schaden zugefügt hat.

Der Verband bezweckte mit der über das Heim in seiner Cavete-Tafel verhängten Sperre das Heim unter ärztliche Leitung oder Mitleitung zu bringen, mindestens aber die Stellung des Arztes in dem Heim so zu gestalten, daß er in medizinischen Angelegenheiten vor Uebergriffen des Heimleiters gesichert sei. Diese vom Beklagten verfolgten Ziele sind an sich durchaus zu billigen. Man darf auch annehmen, daß der Zweck des Vorgehens des Beklagten, d. i. die Sicherung des Arztes vor Uebergriffen des Heimleiters, im Interesse der im Heim untergebrachten Kranken und auch des ärztlichen Standes sittlich erlaubt ist.

Eine Handlung kann allerdings sittlich verwerflich sein in Ansehung der Mittel, mit denen an sich erlaubte Zwecke verfolgt werden.

Das Berufungsgericht hat sich auch auf den Standpunkt gestellt, daß das vom Verband angewandte Mittel, die über das Heim in der Cavete-Tafel verhängte Sperre, nach Lage der Sache das sittliche Empfinden aller billig und gerecht Denkenden verletze, weil die damit für das Heim verbundenen Gefahren in keinem Verhältnis zu den Mängeln ständen, die dadurch beseitigt werden sollen.

Diese Meinung hat das Reichsgericht nicht gebilligt.

Ein Ersatzanspruch des Klägers aus § 826 ist im vorliegenden Fall nur dann gegeben, wenn die vom Beklagten getroffene Maßnahme geeignet war, die Fürsorgetätigkeit des Klägers völlig oder doch nahezu völlig zu unterbinden, oder wenn die Maßregel in keinem billigen Verhältnis stand zu derjenigen Handlungsweise des Klägers, die den Beklagten zu seinem Vorgehen veranlaßte.

Diese Voraussetzungen liegen hier aber gar nicht vor.

Es ist nicht anzuerkennen, daß die Aufnahme des Heims in die Cavete-Tafel die Fürsorgetätigkeit des Klägers im Heim völlig oder doch nahezu völlig unterbunden hat.

Der Verband hat mit Recht darauf hingewiesen, daß in Fällen der Not die dem Aerzteverband angeschlossenen Aerzte trotz des Cavete, das auch nur in dieser Beschränkung auszulegen sei, die Tätigkeit im Heim nicht verweigern würden, weil sie hierzu schon durch ihre Berufspflicht angehalten würden, deren Wahrung die Aufgabe des Verbandes sei.

Aber auch, wenn die dem Verband angehörigen Aerzte versagen würden, wäre der Kläger in der Lage gewesen, durch Heranziehung freier Aerzte die notwendige Behandlung der im Heim untergebrachten Kranken sicherzustellen.

Zum anderen: Die getroffene Maßnahme steht auch nicht in einem unbilligen Verhältnis zum Verhalten des Klägers. Die Leitung des Heims lag ausschließlich dem Kreissyndikus S. ob; eine besondere ärztliche Aufsicht, etwa durch den Kreisarzt, bestand nicht. Der Leiter hat auch in einigen Fällen, so z. B. bei der Verordnung von Akonit für kranke Kinder, bei der Desinfektion von Zimmern mit Sanofix, bei der Verlegung eines in der Behandlung der Aerztin befindlichen Kindes in das Krankenhaus, in die Tätigkeit der Aerztin eingegriffen. Eine weitere Maßnahme des S. bestand darin, daß er entgegen dem Rat der Aerztin das Heim während einer Keuchhustenepidemie nicht abgesperrt, sondern Neuaufnahmen zugelassen hat.

S. hat erklärt, diese Maßnahmen auf eigene Verantwortung zu übernehmen.

Nun kann man aber dem Arzt nicht zumuten, daß er bei der Prüfung von Fragen, die ausschließlich auf dem Gebiet der Gesundheitspflege liegen, von Laien beiseitegeschoben wird mit der Begründung, er habe ja keine Verantwortung zu tragen. Bei einem nach solchen Grundsätzen geleiteten Heim braucht und darf kein Arzt tätig sein, weil er hier mit seiner Auffassung über Stand und Berufspflichten in Widerstreit kommt.

Der Aerzteverband durfte bei dieser Sachlage mit Recht annehmen, daß die im Heim tätigen Mitglieder in medizinischen Angelegenheiten mit Eingriffen des Heimleiters in ihre Tätigkeit werden rechnen müssen. Er hatte deshalb als Standesverein ein berechtigtes Interesse daran, seine Mitglieder für den Fall ihrer Tätigkeit im Heim vor solchen Eingriffen zu bewahren. Dazu bestand um so mehr Veranlassung, als das Kinderheim zur Aufnahme einer größeren Anzahl solcher Kinder bestimmt war, bei denen nach ihrer Herkunft und nach den Gründen ihrer Unterbringung im Heim mit Krankheiten ganz besonders zu rechnen war und als auch im Entbindungsheim die Zuziehung des Arztes häufig erforderlich wurde.

Die Tätigkeit und Verantwortung des Arztes in einem Heim gibt besonderen Anlaß, auf eine Stellung des Arz-

tes im Heim hinzuwirken, die den öffentlichen Interessen und Maßnahmen der Verbandsmitglieder entspricht. Der Verband konnte sich nur von der getroffenen Maßregel der Sperre Erfolg versprechen.

Es ergibt sich also:

Die vom ärztlichen Standesverein getroffene Maßnahme, „die Veröffentlichung des Heims des Fürsorgeverbandes in die Cavete-Tafel des Aerzteverbandes“, kann aus den oben angegebenen Gründen nicht als unbillig und nicht als ein Verstoß gegen die guten Sitten bezeichnet werden. Die Klage auf Unterlassung der Sperre ist unbegründet.

Triumph der Minderwertigen. ✓

In der Eisenacher Monatsschrift „Der Hochwart“ lesen wir:

Das Barometer der Wirtschaftsnot steht in allen Ländern der Welt auf Sturm. Millionen fleißige Hände müssen feiern. Hochwertigen Menschen wird jede Möglichkeit zu schöpferischer Tätigkeit verwehrt. Indessen sorgen sich gewisse Humanitätsfanatiker statt um Hilfe für das Heer der Arbeitslosen — man wagt es kaum zu glauben — um akademische Ausbildung von Zuchthäuslern! Wie aus Sacramento berichtet wird, macht die kalifornische Regierung gegenwärtig den Versuch, Verbrechern Universitätsbildung angedeihen zu lassen, um sie „auf diesem Wege wieder zu nützlichen Mitgliedern der menschlichen Gesellschaft zu machen“. Eine „geeignete“ Gruppe von Insassen des Gefängnisses von St. Quentin will man sogar bedingt begnadigen, um ihnen die Möglichkeit zu geben, ihre in den Gefängnishochschulkursen begonnenen Studien auf der Universität von Kalifornien zu beenden. An den Hochschulkursen dieses Gefängnisses nehmen 3000 von insgesamt 4300 Gefangenen teil.

Gegen eine vernünftige Gefängnisfürsorge hat kein Mensch etwas einzuwenden. Solange aber Millionen unbescholtener Menschen in verzweifelter Not um Arbeit ringen, solange der Ruf „Freie Bahn dem Tüchtigen“ nichts als eine verlogene Phrase ist, solange ist die übertriebene Fürsorge an den Minderwertigen ein Verbrechen an den Hochwertigen.

Auch das nennt man Sparsamkeit. ✓

Bkk. Der preußische Justizminister gibt im Justizministerialblatt eine Aenderung der Haushaltsvorschriften bekannt, durch die § 85, der die Beschaffung von Schreibstoffen regelt, folgende Fassung erhält:

1. Für Sitzungs- und Terminzimmer wird der Bedarf an Schreibheften aller Art aus amtlichen Beständen geliefert.
2. Im übrigen haben alle Beamten (einschließlich der Beamten im Vorbereitungs- und Probendienst) und alle Angestellten den für den Dienstgebrauch erforderlichen Bedarf an Federn, Federhaltern, Bleistiften, Tintenstiften, Buntstiften, Messern, Scheren, Linealen, Briefbeschwerern, Tintenlöschern und ähnliche Bürobedürfnisse auf eigene Kosten zu beschaffen.

Wer die Dinge bis zu Ende denkt, wird sich allerdings eines vergnügten Schmunzeln nicht erwehren können. Auch diese Verfügung regelt die Anschaffung und den Gebrauch gewisser Papiersorten wieder nicht. Man wird sich also auf eine weitere Verordnung gefaßt machen müssen.

Milch!

Kollegen! Verordnet im Interesse der Volksgesundheit mehr Milch!

Unlauterer Wettbewerb durch zu weitgehende unwahre Reklamebehauptungen.

Verurteilung eines Arztes wegen Propagierung einer Broschüre über die Heilwirkungen eines Apparates.

Der approbierte Arzt Dr. W. steht seit März 1928 im Dienste der Wohlmuth A.-G. und ist heute in einer Niederlassung der Firma Leiter der medizinischen Abteilung. Die Wohlmuth A.-G. stellt bekanntlich elektrogalvanische Heilapparate her. Im Jahre 1929 ließ die Firma in verschiedenen Städten einen „Wohlmuth-Film“ vorführen, den Dr. W. unter Hinweis auf die Vorzüge des Apparates durch einen Vortrag erläuterte. Bei diesem Vortrag wies Dr. W. auf eine zur Verteilung kommende Broschüre „Ich bin geheilt durch Wohlmuth“ hin, in der das Wohlmuthverfahren als Heilmittel bei Nerven-, Rückenmarks-, Gehirnleiden, Neurosen, Stoffwechselkrankheiten und Erkrankungen der Gelenke und inneren Sinnesorgane angepriesen wird, außerdem enthält die Broschüre zahlreiche „Anerkennungen von geheilten Patienten“. In dem Vertriebe dieser Broschüre durch den Arzt erblickte das Landgericht Schweidnitz einen Verstoß gegen § 4 UnlWG. Nach den Sachverständigengutachten sei der Schwachstrom nicht geeignet, alle Krankheiten der angeführten Art zu beseitigen. Es sei grobe Unwahrheit, das Wohlmuthverfahren schlechthin als Allheilmittel darzustellen; die Anerkennungen seien nur als Äußerungen von Laien und oft sehr kritikloser Patienten zu werten. Durch den Vertrieb der Broschüre habe der Arzt diese wissentlich unwahren und zur Irreführung geeigneten Angaben über Anlaß und Zweck des Verkaufs eines Gegenstandes zu seinen eigenen Behauptungen gemacht. Er wurde wegen Vergehens gegen § 4 UnlWG. zu 100 RM. Geldstrafe verurteilt. — Seine beim Reichsgericht eingelegte Revision ist ohne Erfolg geblieben und vom Zweiten Strafsenat mit folgender Begründung verworfen worden: Der Angeklagte ist als Täter im Sinne des § 4 UnlWG. anzusehen, wenn er die unwahren Behauptungen der Broschüre kannte und ihren Vertrieb nicht nur duldete, sondern propagierte. Beides ist festgestellt. Ferner steht fest, daß der Inhalt der Broschüre mindestens teilweise unrichtig war. Es handelt sich aber nicht um unrichtige Angaben über den Anlaß und den Zweck des Verkaufs eines Gegenstandes — wie das Landgericht annimmt —, sondern um unrichtige Angaben über die Beschaffenheit einer Ware. Denn es sind den Apparaten Eigenschaften, Heilwirkungen zugesprochen, die ihnen in Wahrheit nicht zukommen. (2 D 648/30. — Urteil des RG. vom 19. Februar 1931.)

Für zahlreiche Aerzte, Zahnärzte usw., die Apparate und ihre Heil- usw. Erfolge zu besprechen pflegen, wobei leider nicht immer eine eigene, ausreichend lange,

sorgfältige Nachprüfung die Grundlage für die gutachtliche Äußerung bildet, dürfte das vorstehende Urteil nicht ohne Interesse sein.

(Zahnärztl. Mitteilungen Nr. 17/31.)

Eine soziale Tat.

VdBG. Die „Zentralstelle für Radfahrwege“, Berlin, plant ein großes Radfahrwegenetz für Berlin, das durch Erwerbslose mit finanzieller Hilfe der Berliner Radfahrer gebaut werden soll. Dieses Vorgehen ist nicht nur im Interesse der Erwerbslosen von grundlegender sozialer Bedeutung, sondern darüber hinaus für alle minderbemittelten Schichten, besonders des erwerbstätigen Volkes, denen dadurch eine gefahrlosere Benutzung des „Autos des kleinen Mannes“ in den Erholungsstunden und auf den Wegen von und zu der Arbeitsstelle gewährleistet wird. Auch für die moderne Unfallverhütung hat dieser Plan bei der ständig weiter zunehmenden Gefährdung des Radfahrers auf den üblichen Verkehrsstraßen eine nicht zu unterschätzende Bedeutung, die auch dadurch zum Ausdruck kommt, daß der Verband der deutschen Berufsgenossenschaften diese „Zentralstelle für Radfahrwege“ nachdrücklich unterstützt.

Von allgemeinem Interesse ist übrigens auch eine Kammergerichtsentscheidung, die die interessante Streitfrage klärt, ob der Radfahrer gezwungen werden kann, beim Vorhandensein von Radfahrwegen diese an Stelle der übrigen Verkehrswege zu benutzen. Das Kammergericht Berlin hat nämlich kürzlich in einem Berufungsurteil entschieden, daß im oben beschriebenen Falle wegen Uebertretung der Straßenverkehrsordnung auf eine Geldstrafe und Tragung der Kosten des Verfahrens zu erkennen sei. Damit hat sich das Kammergericht auf den Standpunkt gestellt, daß ein Radfahrer genötigt ist, wenn ein Radfahrweg vorhanden ist, diesen auch zu benutzen. — die fragliche Strafsache trägt das Aktenzeichen M. S. 540. 30/8.

Zum 60. Geburtstag des Herrn San.-Rat Vollmann, Berlin.

Der Schriftleiter des „Deutschen Aerzteblattes“ vollendet in diesen Tagen das 60. Lebensjahr. Herr Kollege Vollmann hat es verstanden, das „Deutsche Aerzteblatt“ in vorzüglicher Weise auszubauen und es zu einem auch im Auslande angesehenen führenden Aerzteblatt zu machen.

Möge er noch viele Jahre seine wertvolle Kraft der deutschen Aerzteschaft zur Verfügung stellen können.

Schriftleitung der „Bayer. Aerztezeitung“,
Scholl.

Bei **Tuberkulose**

auch bei **Grippe,**
grippösem **Husten,**
Bronchitis

Appetit-
anregend!

Zugelassen

beim Hauptverband deutscher Krankenkassen und
vielen anderen Kassen!

Mutosan-Gebrauch bei Bedürftigen unterliegt nicht
der Zuzahlungspflicht bei den Krankenkassen (§ 182 b 3
Notverordnung)

Kostenlose Ärztemuster!

MUTOSAN

Wochenquantum = 1 Fl. = RM. 2.75

In Apotheken

Dr. E. Uhlhorn & Co., Wiesbaden-Biebrich a. Rh.

Eine unverständliche Gerichtsentscheidung betr. Annoncieren der Aerzte.

Das Schöffengericht Berlin-Mitte hat über das Recht der Aerzte, zu annōncieren, eine Entscheidung von großer grundsätzlicher Bedeutung gefällt. Ein Hautarzt war wegen Vergehens gegen das Geschlechtskrankengesetz angeklagt, weil er in Tageszeitungen unter der Bezeichnung als Spezialarzt gründliche und schnelle Heilung zu mäßigen Preisen angeboten hatte. Das ärztliche Ehrengericht war deshalb schon wiederholt gegen ihn vorgegangen.

Vor dem Strafgericht vertrat der Sachverständige der Aerztekammer den Standpunkt, daß ein solches Annoncieren unlauter und daher nach dem Gesetz strafbar sei. Der Anwalt des Arztes wandte sich gegen das Gutachten der Aerztekammer. Es handle sich bei dieser Entscheidung nicht um eine ärztliche Frage, sondern um eine Rechtsfrage. Entgegen dem Antrag des Staatsanwalts, der eine Strafe von 300 Mark verhängt haben wollte, sprach das Gericht den Arzt mit der Begründung frei: es komme nicht auf die Standessitten an, sondern auf die Auffassung der Allgemeinheit. Diese sähe aber nichts Unlauteres darin, daß ein Arzt, seinen Fähigkeiten entsprechend, Kranken durch Annoncen seine Hilfe anbietet.

Anmerkung der Schriftleitung: Es ist bedauerlich, daß man den Arzt immermehr zum Gewerbetreibenden abstempeln will — eine charakteristische Erscheinung unserer dekadenten Zeit! Es ist nur gut, daß solche Fehlurteile die Anschauungen unserer Berufsgerichte nicht im geringsten beeinflussen können. Wir Aerzte halten uns an unsere Standessitten, die sehr wohl überlegt sind, auch im Interesse der Allgemeinheit. Wehe dem Volke, dessen Aerztestand immer mehr vom Krämergeist erfüllt wird! Den größten Schaden hat die Allgemeinheit selbst zu tragen.

Deutscher Aertzetag in Köln 1931.

Der diesjährige Deutsche Aertzetag, der 50., findet am 18. und 19. Juni in Köln statt. Voraus geht die Hauptversammlung des Hartmannbundes. Ueber die Reichsärzteordnung werden Geheimrat Dr. Stauder (Nürnberg) und Oberreichsanwalt i. R. Prof. Dr. Ebermayer Bericht erstatten. Der Dresdener Stadtschulrat Dr. Hartnacke wird über die Ueberfüllung der akademischen Berufe sprechen. Ueber die Ausbildungszeit des Facharztes für die Erkrankung der Harnorgane soll Beschluß gefaßt werden; Berichterstatter ist hier Prof. Dr. Joseph (Berlin). Ueber die ärztliche Fortbildung werden Geheimrat Prof. Dr. Friedrich von Müller (München) und Prof. Dr. Kurt Adam, der Direktor des Kaiserin-Friedrich-Hauses für das ärztliche Fortbildungswesen in Berlin, sprechen.

Bekanntmachung.

Der Zulassungsausschuß im Bezirke des Städtischen und Staatlichen Versicherungsamtes Nürnberg hat in seiner Sitzung vom 6. Mai 1931 einstimmig beschlossen, den Frauenarzt Dr. Hans Rummel, Nürnberg, Neutorgraben 3, innerhalb der Normalzahl zur Kassenpraxis zuzulassen.

Die Gesuche der übrigen um Zulassung zur Kassenpraxis in Nürnberg sich bewerbenden und im Arztregister eingetragenen Aerzte mußten, obwohl die allgemeinen für die Zulassung geltenden Voraussetzungen erfüllt waren, abgelehnt werden, da nach den für die Auswahl der zuzulassenden Aerzte gemäß § 51 der Zulassungsordnung vom 24. April 1929 geltenden besonderen Bestimmungen

Herr Dr. Rummel aus der Zahl der vorhandenen Bewerber zunächst zuzulassen war.

Gemäß § 37 der Zulassungsordnung wird dies mit dem Bemerken bekanntgemacht, daß den beteiligten Krankenkassen und den hiernach nicht zugelassenen Aerzten gegen diesen Beschluß das Recht der Berufung zum Schiedsamt beim Bayerischen Oberversicherungsamt Nürnberg zusteht. Die Berufung der nicht zugelassenen Aerzte kann sich jedoch nicht gegen die Zulassung des Herrn Dr. Rummel, sondern nur gegen die eigene Nichtzulassung wenden; aufschiebende Wirkung hinsichtlich der Ausübung der Kassenpraxis durch den zugelassenen Arzt kommt der Berufung nur dann zu, wenn auch seitens der beteiligten Krankenkassen Berufung zum Schiedsamt eingelegt wird.

(Vergleiche Entscheidungen des Reichsschiedsamtes Nr. 27 vom 19. November 1926, Amtliche Nachrichten S. 501, Entscheidung des Bayer. Landesschiedsamtes Nr. II 11/26 vom 17. Februar 1927.)

Eine etwaige Berufung ist in vierfacher Ausfertigung gemäß § 368m Abs. 2 RVO. binnen einer Woche schriftlich oder mündlich beim Schiedsamt beim Bayer. Oberversicherungsamt Nürnberg, Weintraubengasse 1, einzureichen.

Die Berufsfrist beginnt gemäß § 37 der Zulassungsordnung eine Woche nach dem Tage der Ausgabe dieser Nummer der Bayerischen Aerztezeitung.

Nürnberg, den 12. Mai 1931.

Der Vorsitzende des Zulassungsausschusses im Bezirke des Städtischen und Staatlichen Versicherungsamtes Nürnberg:

Berghofer.

Amtliche Nachricht.

Dienstesnachricht.

Vom 1. Juni 1931 an wird der Vertragsarzt der Kreis-Heil- und Pflegeanstalt Gabersee Dr. Paul Leonhard als Assistenzarzt bei dieser Anstalt in nichtetatmäßiger Eigenschaft angestellt.

Vereinsmitteilungen.

Mitteilungen des Münchener Aerztevereins für freie Arztwahl.

1. Die Arbeitsgemeinschaft zwischen dem Hartmannbund und dem Verband kaufmännischer Berufskrankenkassen hat folgende Ergänzung des Vertrages betr. **Sachleistungen** beschlossen:

- a) Sachleistungen des Abschnittes E der Adgo sind nur dann als ärztliche Leistungen zu vergüten, wenn sie unter verantwortlicher Aufsicht des Arztes vorgenommen werden.
- b) Unter verantwortlicher Aufsicht des Arztes ist zu verstehen nicht die dauernde Anwesenheit und die Vornahme sämtlicher Handgriffe durch den Arzt selbst; es genügt, wenn sich der Arzt bei jeder Behandlung von der richtigen Anwendung des Apparates überzeugt. Der Arzt muß also zum mindesten bei jeder Behandlung den Patienten gesehen haben. Es genügt nicht, wenn der Arzt lediglich Anordnungen über die Dauer der Höherentsonnenbestrahlung, über Entfernung des Apparates vom Körper usw. trifft und die Vornahme der Bestrahlung selbst einer nichtapprobierten Person überläßt. Sachleistungen, die auf diese Weise vorgenommen werden, sind keine ärztlichen Leistungen und werden von den Kassen nicht bezahlt.

2. Es wird dringend gewarnt vor einem Betrüger, der sich Wilhelm Herberger oder Günzer Franz nennt und angibt, Bauleiter bei der Firma Stöhr zu sein. Wohnung: Tulbeckstraße 37. Alle Angaben stimmen nicht. Unter Berufung auf seine Mitgliedschaft bei der Barmer Ersatzkasse sucht er sich Opium oder Morphium zu verschaffen.

3. Die Herren Kollegen werden darauf aufmerksam gemacht, daß die Geschäftsstelle des Münchener Aerztereins für freie Arztwahl (als ärztliche Organisation des Hartmannbundes) **Vertretungen für München** vermittelt.

Kollegen, die **Vertretungen zu übernehmen wünschen**, wollen dies der Geschäftsstelle des Vereins melden.

4. Die Barmer Ersatzkasse läßt bekanntgeben, daß die Verrechnung der Privatklinikkosten für Stamm- wie Familienversicherte unmittelbar mit der Kasse und die Verrechnung der ärztlichen Leistungen mittels Listen über die ärztliche Geschäftsstelle ebenfalls mit der Kasse erfolgen kann, sofern die Mitglieder Einweisungsscheine vorlegen.

Unter dieser Voraussetzung kann die Privatheilanstalt ohne weiteres die Klinikkosten (Verpflegungssätze usw.) für Stammversicherte wie Familienversicherte der Barmer Ersatzkasse direkt mit der Kasse verrechnen, der Arzt bringt seine Leistungen über die Listen zur Verrechnung.

Bei den übrigen kaufmännischen Berufskassen verbleibt es bei der Regelung, wie sie in Nr. 16 der „Bayerischen Aerztezeitung“ veröffentlicht wurde.

5. Die Allgemeine Ortskrankenkasse München (Stadt) teilt mit, daß die von den Herren Röntgenärzten der Kasse zurückzusendenden Abschnitte der Ueberweisungsscheine zum Teil auf ihrer Rückseite, entgegen der Vereinbarung, den Stempel und die Unterschrift des Röntgenarztes nicht tragen. Ohne diese Ergänzungen sind aber die Abschnitte für die Kasse nicht verwertbar. Die Herren Röntgenologen werden höflichst gebeten, die der Kasse einzusendenden Abschnitte mit Unterschrift und Stempel auf der Rückseite zu versehen.

Scholl.

Aerztlich-wirtschaftlicher Verein Amberg.

Bericht über die in der am 9. Mai 1931 stattgehabten ersten ordentlichen Mitgliederversammlung dieses Jahres vorgenommene Vorstandswahl: I. Vorsitzender: Dr. Baldes, II. Vorsitzender und Schriftführer: Dr. Gillitzer, Geschäftsführer: San.-Rat Dr. Nürbauer.

● EMPFEHLET DIE **Merckblätter für Berufsberatung**

Ferien an der Bernsteinküste der Ostsee,

verbunden mit 21stündiger Seereise (50—75 Proz. Ermäßigung), Besuch der masurischen Seen und Wälder, Tannenbergsdenkmal, Vogelwarte Rossitten, Elchhirsche der kurischen Nehrung, Marienburg u. a. Denkmäler deutscher Geschichte, Bernstein- und Seefischerei, Segelflug, Dünen, Haff und Nehrung usw. sind im malerischen Ostpreußen besonders billig. Auch entwicklungsbedürftige Kinder und junge Mädchen bringt man vorteilhaft in den schönsten Seebädern der Samlandküste in Jugendheimen, Schulpädagogien und Pensionen unter, sie gesunden wunderbar in Wald- und Seeluft, bei guter, kräftigender Kost und Betreuung. In der Schule Zurückgebliebene, Nichtversetzte werden gefördert, verlieren kein Schuljahr. Darum berücksichtigt den bedrängten Osten. Kostenlose Auskünfte gegen Rückporto durch Gemeinschaftliche Auskunftsstelle, Dir. Abigt, im Ostseebad Rauschen.

Bücherschau.

Erinnerungen eines Arztes und Dichters. Von A. de Nora. Stackmanns Verlag. Leipzig 1930.

Wer sich auf die medizinischen Pikanterien und die für mein Empfinden immer sentimental Skeptizismen Weresajews gefaßt macht, kehre getrost um: Dies Buch sagt „Ja“ zum Leben und „Ja“ zu den letzten medizinischen Klassikern, die de Nora noch gesehen hat. Dieses Buch ist gerade, schlicht und hell. Wer es, wie ich, an einem ganz dunklen und mit Schwermut verhängten Tage in die Hand nimmt, wird lächeln und eines Freundes Hand in der seinen fühlen.

Just wie bei Carossa, an den es mitunter erinnert. Es ist ein einfacher, unproblematischer und männlich begangener Lebensweg, dessen Etappen hier erzählt werden, — es verfährt sanft und gütig mit dem Leser und gütig mit jenen achtziger und neunziger Jahren, die — kulturhistorisch — ja eigentlich wohl keine gute deutsche Zeit waren. Ich habe de Noras Ruhm nichts hinzuzufügen. Ich habe in schicksalsschwerer Zeit zu sagen, wo ein gutes Buch zu finden ist.

Dr. Friedrich Reek-Mallezewen.

Große Biologen. Eine Geschichte der Biologie und ihrer Erforscher. Von Prof. Ernst Almquist. J. F. Lehmanns Verlag, München. Geh. RM. 6.50, gebd. RM. 8.—.

Philipp Lenards „Große Naturforscher“, so begeisterte Aufnahme sie fanden, mußten sich einen Einwand doch gefallen lassen: die ungenügende Berücksichtigung der Erforschung der belebten Natur. Die großen Botaniker, Bakteriologen, Zoologen, Anatomen, Physiologen, Entwicklungs- und Vererbungsforscher kamen gegenüber den großen Physikern, Astronomen und Chemikern zu kurz. Almquist, selbst ein hochangesehener Forscher auf verschiedenen Teilgebieten der Biologie, ist auf Grund seiner Lebensarbeit berufen, Lenards schönes Werk in der Richtung der Biologie weiterzuführen. Das Persönliche tritt dabei begreiflicherweise stärker zurück. Es sind vielfach stille Gelehrtenleben, ohne Erregung und Kampf. Nur selten enthalten sie so dramatische oder gar tragische Erlebnisse wie die großen Physiker, die sich im Widerspruch mit der dogmatisch gebundenen Weltanschauung einer intoleranten Zeit durchzusetzen hatten.

Zur Heilung genügen meist
1—2 Flaschen, daher kassenüblich.

Gegen **Fluor** jeder Aetiologie
das immer bewährte, glänzend begutachtete Spülmittel.

14 Tagequantum
M. 3.— in Apotheken.

Bei vielen Kassen
zugelassen.

Contrafluol

Dr. E. Uhlhorn & Co.,
Wiesbaden-Biebrich.

Konzentrierte Lösung pflanzlicher Saponine.

So ist das Buch in erster Linie eine Ideengeschichte der Lebensforschung, bei der freilich auch das Leben und Wesen ihrer Träger eine liebevolle Schilderung findet. Mann und Werk lassen sich nie trennen. Almquist beschränkt sich im wesentlichen auf die großen Fragen der Vererbung, Beharrung und Abänderung der Lebewesen und legt dabei besonderes Gewicht auf die experimentelle Forschung, weil deren Ergebnisse nachprüfbar sind. Das allgemein Bekannte wurde kürzer, das in der Literatur Vergessene oder falsch Dargestellte ausführlicher behandelt. Ganz abgesehen von allen Einzelheiten fesselt Almquists Buch schon als ergreifender Beitrag zur Geschichte des menschlichen Geistes. Wieviel Irrwege, wieviel Enge, wieviel Eigennutz bei den kleinen, und ihnen gegenüber wieviel Klarheit, Weitblick, Genialität bei den großen Bahnbrechern. Und doch führte auch sie nicht der schöpferische Gedanke allein zu neuen Erkenntnissen, sondern die Entdeckung neuer Tatsachen, die unser Weltbild änderten. Almquists Haltung ist die des echten Forschers. Ehrfurcht und Bescheidenheit vor den Geheimnissen der Natur; einführendes Verständnis in die Seele der großen Forscher und Begeisterung für die Ziele der Forschung führen ihm die Feder. Offene Sinne und klares Denken, Treue und Fleiß, Hingabe und Begeisterung machen den großen Forscher. Zu ihm führt Almquist seine Leser.

Für die Redaktion verantwortlich: Dr. H. Scholl, München.
Für die Inserate: Hans Engerer, München.

Allgemeines.

Die Bedeutung des Lebertrans für das Kindesalter. Von Prof. Dr. Beumer, Univ.-Kinderklinik, Göttingen. (Fortsehr. der Therapie 1930, Nr. 1.) Frühere Versuche, den Lebertran zu verbessern oder durch etwas anderes zu ersetzen, sind als vollständige Fehlschläge zu bezeichnen. Erst nach Entdeckung des Vitamin D wurde — angesichts des ungleichmäßigen D-Gehaltes des Lebertrans — mit gewissem Recht die Frage gestellt, ob der Lebertran zugunsten der reinen Ergosterine verschwinden soll. In der Tat haben sich der Lebertran mit seinem inkonstanten Vitamin Gehalt und auch der natürliche D-Vitaminreichtum der standardisierten Lebertransorten nicht als ausreichend für einen sicheren Rachitisschutz oder noch weniger für eine rasche Rachitisheilung erwiesen. Man wird also in Zukunft hier die genau dosierbaren Vitamin-D-Präparate bevorzugen. Wenn man aber nur Vitamin D Säuglingen, Kindern und Müttern gibt, so hat man damit keineswegs einen Ersatz für das notwendige Vitamin A geschaffen. Beumer hat schon vor Jahren darauf hingewiesen, daß die Beschwerden der stillenden Mutter (Kreuzschmerzen, Haarausfall,

Zahnkaries, allgemeine Mattigkeit) durch den Lebertran außerordentlich günstig beeinflußt werden, und der Anteil des Vitamin A ist hier sicherlich recht deutlich. Die Bedeutung des Lebertrans für das Wachstumsalter ist daher kaum zu überschätzen. Seine Unzuverlässigkeit und Unzulänglichkeit hinsichtlich seines Vitamin-D-Gehaltes kann durch Zusatz von Vigantol (seit einigen Wochen ein Vigantol-Lebertran mit standardisiertem A- und D-Gehalt zur Verfügung) für alle in Betracht kommenden Fälle von Rachitisprophylaxe oder -therapie ausgeglichen werden. Neben der Rachitis kommt für die Lebertranbehandlung auch die Kinder-tuberkulose in Frage. Sicherlich ist hier der Vitamin-A-Gehalt von nicht geringer Bedeutung. Daß auch dem Vitamin D eine größere Bedeutung zukommt, ist sicher; Beumer hat bisher dem Lebertran Vigantol zugesetzt und seitdem ohne besondere Diätveränderung auf der Tuberkulosestation eine beschleunigte Beeinflussung von fistelnden Knochentuberkulosen beobachtet.

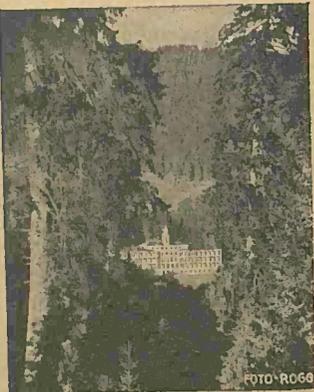
St. Blasien (Fürstabt-Gerbert-Haus). Vom Fürstabt-Gerbert-Haus, der Ende des vergangenen Jahres neueröffneten Abteilung der städtischen Krankenanstalten für Lungenkranke, ist vor kurzem der erste Prospekt erschienen. Das reiche Bildmaterial und die knappen textlichen Erläuterungen bieten eine erschöpfende Einführung in das Wesen und den Charakter der Anstalt. An Interessenten wird die Werbeschrift kostenlos abgegeben.

Rheuma-Diathese.

Das heute so aktuelle Rheumaproblem findet in einer soeben herausgebrachten Publikation eine Beleuchtung, die weithin beachtet werden dürfte. Unter ausgiebiger Berücksichtigung der Literatur (das Literaturverzeichnis trägt 98 Nummern) wurde die klinisch und sozial-hygienisch so eminente Frage des Rheumatismus nach den wichtigsten Gesichtspunkten hin diskutiert. Aber, wie der Titel „Rheuma-Diathese“ erkennen läßt, wurde darüber hinaus der Versuch gemacht, die komplexe Frage des Rheumatismus in Richtung einer einheitlichen Auffassung der Pathogenese herauszuarbeiten. Durch die schärfere Profilierung der sicheren Erkenntnisse, zu denen man heute gelangt ist, heben sich auch klar die Richtlinien ab für die erfolgreiche Therapie und alle kommenden Aufgaben in der Bekämpfung der „Rheuma-Seuche“. Die Monographie unter dem Titel: „Rheuma-Diathese“ wird den Herren Aerzten von der wissenschaftlichen Abteilung der Rheumasan- und Lenicet-Fabrik, Berlin NW 87, auf Wunsch kostenlos übersandt. Rechtzeitige Bestellung ist wegen beschränkter Auflage dringend erwünscht.

Beschwerden

über unpünktliche Zustellung der „Bayerischen Aerztezeitung“ sind stets bei dem zuständigen Postamt oder beim Briefträger anzubringen.



Fürstabt Gerbert-Haus in St. Blasien
im Schwarzwald 826 m ü. d. M.
1929/30 erbaute Anstalt für Lungenkranke. Klimatisch günstige Lage. Vollkommenste Einrichtung. Individuelle Behandlung. Sorgfältige Ernährung. Mäßige Preise. Schwesternpflege.
Aerztliche Leitung:
Dr. med. A. Kessler,
Facharzt für Lungenkranke.
Prospekte kostenlos.

Dr. Mittermaier's Privatklinik
München, Theresienstrasse 80, Tel. 596799.
Ärzte haben hier Gelegenheit, ihre Patienten selbst zu operieren, Kranke mit inneren Leiden zu beobachten und ebenfalls selbst zu behandeln.



Privat-Lungenheilstalt
650 m ü. d. M.
Pneumothoraxtherapie. Halsbehandlg. Röntgeneinrichtung. Höhensonne. Luft-Sonnenbad.
Zimmer mit fließendem Kalt- und Warmwasser.
Tagespreis einschl. der allgemeinen ärztlichen Behandlung von RM. 7,80 ab.
Sommerkuren. Winterkuren.
Näheres Prospekt.

Sanatorium Schömberg
i. Schömberg b. Wildbad (Schwarzw.)
Chefarzt: **Dr. Walder.**

Sanatorium Eberbach
bei Heidelberg
für Lungenkranke neuzeitl. eingerichtet, streng individ. Behandlg., alle modern. u. genügend erprobten Heilmassnahmen, mäss. Preise.
Leiter: Dr. Schlapper, früher Chef- arzt der Dr. Brehmers Anstalten, Gorborsdorf in Schles.
Direkte Dzg.-Verbindung.

Selbst Fälle von chronischen Nierenbecken-entzündungen



die vorher jeder Behandlung trotzen, wurden auf ausschließliche Verabreichung von Adelhaidquelle arbeitsfähig in verhältnismäßig kurzer Zeit (5 Wochen Krankheitsdauer). So schreibt der leitende Arzt der inneren Abteilung des Krankenhauses in G. - Achten Sie bitte besonders auf die Bedeutung des Wortes „ausschließlich“ in diesem Gutachten, es stellt die **Ueberkinger Adelhaidquelle** mit in die erste Reihe deutscher Mineralbrunnen. - Wir haben die Adelhaidquelle hauptsächlich zur Verordnung durch die Herren Aerzte reserviert und schicken Ihnen gerne die Druckschrift „Ein neuer Weg zur Heilung von Erkrankungen der Nieren“. Bitte fordern Sie die Interessante Schrift gleich an. Die Adresse ist:

Mineralbrunnen A.-G., Bad Ueberkingen Würt.
Wir bedienen die Herren Aerzte direkt zu Vorzugspreisen.

Generalvertretungen in München:
E. Kühles, Mineralwasser-Grosshandlung, München, Raspstrasse 6, Telefon 92200.
Friedrich Fiad, Mineralwasser-Grosshandlung, München, Donnersbergerstrasse 60.
Kleinverkauf: Maximiliansplatz 23. Fernsprecher: 63000 und 92592.
An allen Plätzen Niederlagen.

Bayerische Ärztezeitung

• BAYERISCHES ÄRZTLICHES CORRESPONDENZBLATT •

Herausgegeben von Geh. Medizinalrat Prof. Dr. H. Kerscheneiner, München, Geh. Sanitätsrat Dr. A. Stauder, Nürnberg, und Sanitätsrat Dr. H. Scholl, München.

Amtliches Blatt der Bayerischen Landesärztekammer und des Bayerischen Aerzteverbandes (Geschäftsstelle Nürnberg, Karolinenstrasse 1/II, Telephon 23045, Postscheck-Konto Nürnberg Nr. 15376, Bankkonto Bayerische Staatsbank Nürnberg Offenes Depot 32926).

Schriftleiter San.-Rat Dr. H. Scholl, München, Arcisstrasse 4/II. Tel. 58588 und 58589.

Verlag der Aertztlichen Rundschau Otto Gmelin München 2 NW, Arcisstr. 4, Gartenhaus II. Stock. Tel. 596483. Postscheckkonto 1161 München.

Die „Bayerische Aerztezeitung“ erscheint jeden Samstag. Bezugspreis vierteljährlich 4 Mark. — Anzeigen kosten für die 6 gespaltene Millimeterzeile 15 Goldpfennige. — Alleinige Anzeigen- und Beilagen-Annahme: ALA Anzeigen-Aktiengesellschaft in Interessengemeinschaft mit Haasenstein & Vogler A.-G. Daube & Co. G. m. b. H. München, Berlin und Filialen.

Nr. 22

München, 30. Mai 1931.

XXXIV. Jahrgang.

Inhalt: Das ärztliche Berufsgeheimnis. — Sozialversicherung und Aerzte. — Die Aerzte zum § 218. — Reichsvereinigung der deutschen Aerztekammern. — Der Deutsche Apothekerverein zum neuen Arzneimittelgesetz. — Aertztliche und zahnärztliche Verschreibungen von Betäubungsmitteln. — Sanitätsrat Dr. Max Nassauer, München †. — Sanitätsrat Dr. Rebitzer †. — Aertztlicher Fortbildungskursus in der Lungenheilstätte Pappenheim. — Schrotschüsse in Belgien. — Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung des Kurpfuschertums. — Dienstesnachricht. — Abhaltung eines Tuberkulose-Fortbildungskurses in Scheidegg. — Vereinsmitteilungen: München-Stadt; Münchener Aerzteverein für freie Arztwahl. — Bücherschau.

Der Verlag behält sich das Recht des alleinigen Abdrucks aller Originalbeiträge vor, ebenso das Recht jeden Nachdrucks von Sonderabzügen.

Das ärztliche Berufsgeheimnis.

Antwort zu: „Spezifikation der ärztlichen Gebührenrechnung“ von Amtsgerichtsrat i. R. Franz („Bayerische Aerztezeitung“ Seite 186).

Von Bezirksarzt Dr. Otto Kolb.

In einer Zeit, in der viele Aerzte harmlos der Forderung der Beamten-, Mittelstands- usw. Versorgungen, auf der Rechnung die Krankheitsbezeichnung zu vermerken, entsprechen und damit unter Umständen das ärztliche Berufsgeheimnis empfindlich in Frage stellen, ist es nötig, die im oben vermerkten Aufsatz dargelegte Auffassung vom ärztlichen Berufsgeheimnis nachdrücklich zu berichtigen.

Das ärztliche Berufsgeheimnis ist so alt wie der ärztliche Beruf, es ist die sittliche Forderung, die mit uns geboren ist. Die geschriebenen Gesetze haben dazu erst im Laufe der Zeit unzulänglich Stellung genommen. Der Schwerpunkt der Rechtsprechung wird heute auf den Begriff des „unbefugten“ Bruches des Geheimnisses gelegt. Das ist sehr dehnbar. Leider wollen viele Aerzte nicht einsehen, daß es sich auf ihrer Seite um eine unbedingte sittliche Forderung handelt, die keinen Einbruch erlauben läßt, ohne empfindlich ins Wanken zu kommen.

Uebrigens ist meines Wissens noch nie ein Arzt im Strafverfahren belangt worden, der es mit der Auffassung vom Berufsgeheimnis so genau genommen hat, wie das notwendig ist.

Lassen wir an dieser Pflicht irgendwie rütteln, dann verliert sie ihren Sinn. Sie beruht vor allem auf der Notwendigkeit, daß der beim Arzt Hilfe Suchende sich auf alle Fälle geschützt weiß, wenn er dem Arzt ein Geheimnis anvertraut, das dieser zum Wohle des Ratsuchenden oder auch der Allgemeinheit (Geschlechtskrankheiten!) zu wissen notwendig hat. Wenn sich der

Hilfesuchende immer erst überlegen müßte — oder gar rechtskundig beraten lassen müßte —, ob im gegebenen Fall das Berufsgeheimnis gewahrt werden könne oder nicht, so würde er sich klugerweise überhaupt beherrschen, es dem Arzt anzuvertrauen.

Herr Franz behauptet nun: „... von einem Berufsgeheimnis gegenüber dem Ehemann kann nicht die Rede sein, wenn der Arzt die Ehefrau behandelt hat“ (die übrigens im angezogenen Fall in Trennung lebt!). Es wäre übrigens anregend, zu wissen, ob dieses Recht auch für die Ehefrau dem Mann gegenüber gilt.

Einer meiner verehrtesten Lehrer hat uns die Bedeutung und Unbedingtheit der ärztlichen Schweigepflicht sogar im juristischen Sinn durch folgende Begebenheit unauslöschlich eingeprägt: ... eine Dame kommt mit Fluor foetidus zum Arzt. Dieser findet als Ursache ein zurückgebliebenes Kondom. Zartfühlend verschweigt er der Dame gegenüber den Sachverhalt, nimmt aber beim nächsten Stammtischabend den Gatten der Dame zur Seite und belehrt ihn über die Folgen eines unvorsichtigen Gebrauchs des Kondoms. — Maßloses Erstaunen des Gatten — Scheidung. — Klage gegen den Arzt wegen Bruch des Berufsgeheimnisses.

Oder: Ist ein Arzt berechtigt, dem Vater eines geschlechtskranken Schülers Mitteilung zu machen? Natürlich wird er je nach der vorauszusehenden Einsicht des Vaters versuchen, den Sohn zu einem freien Geständnis zu bringen. Aber ohne dessen Willen so vorgehend würde er wohl manchen jungen Mann in den Freitod treiben oder die meisten dieser Unglücklichen veranlassen, zum unabsehbaren Schaden des Betroffenen und der Allgemeinheit ärztliche Hilfe überhaupt zu meiden.

Man sieht an diesen Beispielen, wozu allzu leichte Auffassung des Berufsgeheimnisses führt. Dabei möge dahingestellt bleiben, ob nicht von nichtärztlicher Seite ein derartiger Bruch des Berufsgeheimnisses noch als „befugt“ hingestellt würde.

Bestreiten muß man auch, ob die Forderung einer „Spezifikation“ — also die leidige geschäftliche Seite des

ärztlichen Berufes betreffend — die Aufhebung einer sittlichen Forderung bewirken kann.

Im übrigen ist vor dem Krieg im Hinblick auf „Treu und Glauben mit Rücksicht auf die Verkehrssitte“ keine „Spezifikation“ der ärztlichen Rechnung notwendig gewesen. Erst seither schreiben die Aerzte Rechnungen wie Schuhflicker und andere Gewerbetreibende.

Soweit ich mich erinnere, hat übrigens diese Frage schon bei der Einführung der Pflichtkrankenkassen und dann bei der Einführung der freien Arztwahl in diese bei der damals noch empfindlich für alte Ständeregeln eingestellten Ärzteschaft eine Rolle gespielt. Wenn heute die verschiedenen „Versorgungen“ sich in der Forderung nach Bekanntgabe der Krankheitsbezeichnung schon wie die künftigen Kassengewaltigen geberden — natürlich auf dem Umweg über den Kranken, dem häufig die Einsicht in die Tragweite für sich und andere fehlt —, dann sollte das die Ärzteschaft um so mehr veranlassen, eine alte Gewissenspflicht unverbrüchlich zu wahren und nicht durch teilweise Aufgabe sich heute schon einer weiteren Einschränkung der ärztlichen Freiheit zu beugen.

Sozialversicherung und Aerzte.

Von Med. Dr. Gottlieb Pick, Aussig.

(Schluß.)

V. Aussichten.

Die Notverordnungen sind das Zugeständnis einer Dämmerung in der SV. So anfechtbar die Einzelbestimmungen und so unhaltbar die vorgesehenen Bestimmungen über den ärztlichen Dienst, so bedeutungsvoll ist der daselbst ausgesprochene Wille zur Umkehr. Der Leitsatz, daß bei einer verarmten Wirtschaft gespart werden muß, und daß die Lawine der steigenden Ausgaben, zu deren Deckung höhere Einnahmen nicht beschafft werden können, ein Ende finden muß, soll allgemeine Geltung haben. Man soll auch daran festhalten, daß die Versicherten auf das Notwendige einen Anspruch haben, und daß bei Niedergang der Wirtschaft alles Ueberflüssige zu vermeiden ist. Allerdings ist es praktisch sehr schwer, die richtigen Grenzen zu ziehen, und man wird um so eher zu Uebertreibungen neigen, je mehr der parteipolitische Einfluß über den staatspolitischen überwiegt. Es ist nur mit Einschränkung ein Vorzug der deutschen SV., daß sie etwas einseitig beherrscht wurde von der Selbstsucht und dem Machtdünkel der Parteien, insbesondere seitdem die Regierungsbürokratie kein Gegengewicht bietet gegen einseitige Parteienbestrebungen. Auf die Dauer wird sich dennoch nur das organisch Gewachsene und zeitgemäß Gefügte durchsetzen und bewähren.

Trotz mancher Bedenken ist die SV. nach mehr als 50jährigem Bestande fest verankert in unserem öffentlichen Leben; sie hat sich einen bestimmten Platz erobert, eine ausgedehnte Organisation geschaffen, spielt eine bedeutende Rolle in der Volksgesundheit und Volkswirtschaft. Was durch beinahe zwei Menschenalter eingeführt ist, sich im wesentlichen bewährt, einen gewaltigen Apparat in Bewegung gesetzt und erhalten, zu Ansammlung und Umsatz großer Geldsummen geführt hat, läßt sich nicht von heute auf morgen rückgängig machen. Man kann sich die SV. aus unserem öffentlichen Leben und aus unserer gesundheitlichen Zivilisation nicht wegdenken. Dies sollten diejenigen mehr berücksichtigen, welche die SV. zum alten Eisen werfen wollen und den Ersatz schon fertig ausgearbeitet in der Tasche haben. Die Vorbedingungen sind auch hier nicht neue Pläne, nicht einmal neue Maßnahmen, sondern eine andere Gesinnung. Wenn man die SV. und ihren Geist bejaht, so muß man nicht mit allen Einzelheiten einverstanden sein und ist nicht verpflichtet, dieses System als das allein

mögliche und seligmachende anzusehen. Die SV. hat nach den bisherigen Erfahrungen nicht den Nachweis erbracht, daß sie die zweckmäßigste Regelung der Volksgesundheitspflege darstellt.

Es soll namentlich Aufgabe der nächsten Zukunft sein, Klarheit zu schaffen über die Abgrenzung zwischen der SV. und der sozialen Fürsorge. Beide Gruppen sollen zusammenarbeiten gemäß dem modernen Grundsatz der spezialisierten Arbeitsteilung. Die soziale Vorsorge ist berufen und verpflichtet, die Lücken der SV. auszufüllen. Zwischen der Tätigkeit beider sozialen Einrichtungen besteht aber ein grundsätzlicher Unterschied. In der SV. hat der einzelne Versicherte durch Zahlung von Beiträgen Anspruch auf gesetzlich begrenzte Leistungen; bei der sozialen Fürsorge schaffen und erhalten öffentliche Körperschaften zum Teil unter gesetzlichem Druck, aber auch aus Pflichtbewußtsein der Allgemeinheit gegenüber und aus sozialem Verantwortungsgefühl Einrichtungen, die den Zweck haben, die öffentliche Gesundheit zu heben, namentlich vorbeugend zu wirken. Sie können diesen Zweck nur erreichen, wenn sie allen, die darauf Anspruch erheben, zugänglich sind. Die SV. ist für die Krankheiten der Kassenmitglieder, also einer begrenzten Bevölkerungsschichte, vorgesehen, die soziale Fürsorge soll der Volksgesundheit dienen. Die Mittel der SV. werden durch Beiträge der Beteiligten aufgebracht, die Mittel der sozialen Fürsorge durch Umlagen, Steuern von der Gesamtheit, im Uebergang auch durch freiwillige Spenden einzelner sowie von Vereinen. Folgerichtig ist die ärztliche Betätigung in der SV. bei Bedachtnahme auf die Allgemeinheit auf den einzelnen Kranken abgestimmt, in der sozialen Fürsorge öffentlicher Dienst.

Von entscheidender Bedeutung für die weitere Gestaltung der SV. bleibt die Entwicklung der Medizin und Heilkunde. Die Medizin blickt in den letzten 50 Jahren, also seit der Einführung der SV., auf ungeahnte Fortschritte, die wesentlich zur Hebung der Volksgesundheit beigetragen haben. Es ist, um ein Beispiel anzuführen, das erstemal gelungen, während eines Krieges die Seuchen einzudämmen. Bisher war die Zahl der an Kriegseuchen Verstorbenen in allen größeren Feldzügen wesentlich größer als der vor dem Feind Gefallenen. Im Frieden ist es als besonderer Erfolg ärztlicher Wissenschaft zu buchen, daß die Sterblichkeit bedeutend gesunken ist. Das durchschnittliche Lebensalter ist um zirka 20 Jahre höher als vor einem Jahrhundert, so daß man von einer Ueberalterung sprechen kann. Es wäre schon zu einer Ueberbevölkerung gekommen, wenn nicht die bewußte Kinderbeschränkung mehr als ausgleichend gewirkt hätte. So verzeichnet die Statistik in den Städten mehr Särge als Wiegen. Auch hier kann man wie in der Industrie infolge der mechanischen Nachwuchsregelung von einer Fehlrationalisierung sprechen, die, wenn kein Umschwung der Gesinnung eintritt, aller ärztlichen Kunst zum Trotz sich für den Volksbestand verhängnisvoll auswirken muß.

Die Erfolge der Heilkunst der letzten Jahrzehnte erfolgten auf naturwissenschaftlicher Grundlage; die Medizin war gemäß der geltenden wissenschaftlichen Zeitströmung eine gehorsame Tochter der Naturwissenschaften, also einseitig auf den Leib eingestellt. Mit den Wandlungen der Anschauungen kam in der letzten Zeit auch in der Heilkunde das Leib-Seelenproblem zur Geltung. Auch in der Medizin wurde es klar, daß man mit dem Verstandesgemäßen allein nicht zum Ziele kommt. Daß dies auch der allgemeinen Stimmung der kranken Bevölkerung entspricht, beweist deutlich der Zulauf zu den Kurpfuschern, die mit allem eher heilen als mit der Vernunft. Es ist gewiß kein Zufall, hat vielmehr tiefere psychische Unterlagen, daß Deutschland als einziger großer Staat die Kurpfuscherei gesetzlich duldet. Bisher waren die Naturheiler aller Richtungen von der Behandlung der

Kassenmitglieder ausgeschlossen; unter freier ärztlicher Behandlung wurde seit Bestand der KV. die Behandlung durch approbierte Aerzte verstanden. Es war schon lange das Bestreben der geschäftstüchtigen Naturheiler, in diesen Zustand Bresche zu schlagen. In letzter Zeit sind ihnen zwei Helfer aus Aerztekreisen entstanden. In erster Reihe das Mitglied der Nationalversammlung und des Reichsgesundheitsrates Dr. Moses. Derselbe hat in Weißenfels in einer öffentlichen Versammlung eines Naturheilvereines eine Rede gehalten, in der er die Aerzte aufruft, mitzuarbeiten an der großen, drei Millionen Anhänger umfassenden Volkshilfsorganisation zum Besten der Volksgesundheit. Der Einladung folgt gleich die Drohung: wenn die Aerzteschaft sich nicht dazu entschließt, bestehe die Gefahr, daß die Entwicklung über sie hinwegschreite. In dieser Rede sagt Dr. Moses auch: „Der Arzt muß Politiker sein, es gibt keine unpolitische Medizin mehr.“ Auch hier scheint der Wunsch der Vater dieses Gedankens zu sein. Mit Bezug auf die höchst bedauerlichen Lübecker Vorgänge äußert er sich: „Wissen ohne Gewissen ist der Ruin der menschlichen Gesellschaft.“ Er vergißt aber, sich darüber zu äußern, welche verheerenden Folgen fehlendes Wissen und ein mangelndes Gewissen anrichtet. Wir sind der Ansicht, daß sich der Arzt von dem Kurpfuscher durch sein Verantwortungsbewußtsein unterscheidet, und daß gerade das ärztliche Verantwortungsbewußtsein einen unendlichen Wert für die Volksgesundheit besitzt. Bei der Stellung des Herrn Dr. Moses sind parteipolitische Gründe maßgebend. Die Naturheiler sind gut organisiert, behaupten, daß sie drei Millionen Anhänger haben; kommen also als Wähler zum Unterschied von den Aerzten wesentlich in Betracht. Es lohnt daher, um ihre Stimmen zu werben.

Von einer anderen Seite kommt Liek in seinem Buche „Das Wunder in der Heilkunde“ zur Empfehlung der Kurpfuscher. Bei ihm ist es auch hier der Mangel an Wirklichkeitssinn, der zur Flucht in die Romantik und Mystik führt. Man kann Liek zustimmen, wenn er von der materialistisch-mechanischen Deutung der Lebensvorgänge abrückt und schreibt: „Unser Zeitalter ist zu sehr vom Intellekt und von der Technik beherrscht.“ Man kann mitgehen bei den Worten: „Im Wunderheiler wirkt nur die Kraft der Persönlichkeit, nicht das Mittel, das er anwendet.“ Es fordert aber zum Widerspruch auf, wenn er schreibt: „Ich würde mich nicht scheuen, gewisse unglückliche Kranke zu Zeileis zu schicken.“ Da stimmen wir Eichelberg zu, der in einer Kritik des Buches Lieks schreibt: „In dem neuen Buche Lieks muß man ein hohes Lied auf die Kurpfuscherei erblicken. Von vielen wird es mit Recht so ausgelegt werden, daß es ein Lob der Kurpfuscherei darstellt. Viele Kranke, welche das Buch von Liek gelesen haben, werden viel eher den Weg zum Wunderdoktor finden als zum gut ausgebildeten Arzte. Der Unterschied zwischen Natur und Kunst ist auch hier deutlich. Seit Hippokrates entspricht es dem Wesen der Medizin, sich an die Natur anzulehnen. Die ärztliche Kunst hat aber dort einzugreifen, wo die Natur mit ihren Mitteln nicht auskommt; die Wege und Mittel sind und müssen andere sein, als sie die Natur anwendet.“ Unsere Uebergangszeit hat eben auch in der Medizin noch keinen gemeinsamen Inhalt gefunden. Die widerstrebenden und zwiespältigen Zeitanschauungen ringen um den Sieg. Mechanisch — Psychisch, Materiell — Ideal, Sozial — Individuell lauten die Schlagworte. Infolgedessen sind in der SV. Einzelbetrieb — Massenbetrieb, freier Arzt — Arztbeamte Kampfobjekte. Die Waage schwankt hin und her; welche Richtung Recht behalten wird, ist vorläufig zweifelhaft.

Wir leben im Zeitalter der Demokratie und Selbstverwaltung. Daher kommt für die Zukunft der SV. der Stellung der Beteiligten eine gewisse Bedeutung zu. Die Stellung des Gesetzgebers, die ausschlaggebend ist, hängt

von den Machtverhältnissen der Parteipolitiker ab; wie weit hier die Ansichten auseinandergehen, haben wir schon ausgeführt. Die gegenwärtige Lage ist verworren, die Entwicklung unberechenbar.

Auch die Versicherungsträger, sowohl die einzelnen Kassenvorstände als namentlich die Kassenverbände sind parteipolitisch stark beeinflusst. Der Verwaltungsapparat der Kassen und der Kassenverbände ist parteipolitisch eingestellt, und zwar überwiegend sozialdemokratisch. Die Parteien sind daher politisch und wirtschaftlich daran interessiert, daß dieser Zustand erhalten bleibt. Aber ohne Rücksicht auf die parteipolitischen Gegensätze sind die Versicherungsträger einig in der Vorliebe für angestellte abhängige Aerzte. Der Kassenarzt schwebt in der Luft; er wurde in den Kassenbetrieb nicht organisch eingereiht, seine Stellung ist ungewiß, er muß seit Beginn der KV. bis auf den heutigen Tag um angemessene Vertragsbedingungen ringen. Jeder Bürokrat will seine Ruhe haben. Die ihnen zugewiesene Stellung konnten die Kassenärzte nicht ruhig und ergeben hinnehmen. Dadurch machten sie sich nach oben unbeliebt; es bestand stets eine Einheitsfront gegen die Aerzte. Wenn auch die Gründe verschieden waren, so kam man zu dem Ergebnis, daß der angestellte Arzt für die Verwaltung bequemer ist als der freie. Dabei verfolgte man die Zermürbungstaktik; der wirtschaftliche Niedergang sollte die Aerzte auch seelisch verelenden und sie zur Aufgabe des freien Berufes nötigen. Die sozialdemokratischen Verwaltungsbeamten waren auch aus Parteigrundsatz für den pauschalierten Arztbeamten. Sie gingen so weit, daß bei den Kämpfen, die von den Kassenärzten mit gewerkschaftlichen Mitteln ausgekämpft wurden, ärztliche Streikbrecher gesucht und mit langjährigen Verträgen angestellt wurden. Wenn dies die Arbeitgeber bei Streiks der organisierten Arbeiter versuchen, so wird es angeprangert und scharf verurteilt. Die sozialdemokratischen Vorstandsmitglieder haben sich auch sonst nicht immer als Arbeitgeber der Aerzte so verhalten, wie sie fordern, daß sich die Unternehmer gegen die Arbeiter benehmen sollen.

Die Vertreter der Arbeitgeber im Kassenvorstand stehen naturgemäß gegenüber den Aerzten auf dem Unternehmerstandpunkt. Sie wollen ihrer sonstigen Anschauung gemäß gefügte Aerzte haben, welche die Instruktionen genau durchführen und die Kassenkranken möglichst billig behandeln und möglichst bald gesundschreiben. Auch dazu eignen sich abhängige, wirtschaftlich schlecht gestellte Aerzte besser als frei wirkende.

Daß die Regierungsbürokratie den bürokratisierten Kassenarzt bevorzugt, entspricht ihrer Lebensauffassung und ihrer Abneigung gegen jede selbständige, bürokratisch nicht geregelte Berufsausübung.

Gemeinsam sind also bei allen formale Verwaltungsgründe, nicht die Erwägung, bei welcher Art ärztlicher Hilfe das gesundheitliche Wohl der Kassenmitglieder am besten gewahrt ist. Unmittelbar am eigenen Körper spürt der Kassenkranke die Ergebnisse der Behandlung; er tritt als Kranker mit dem einzelnen Arzt in unmittelbare Beziehung. Er hat ein lebhaftes Interesse, daß er möglichst gut behandelt wird und seine gestörte Gesundheit und Arbeitsfähigkeit möglichst bald vollständig und dauernd hergestellt werde. Ist er wirklich krank, geht er zu dem Arzt, zu dem er das Vertrauen hat. Er bezahlt lieber aus eigener Tasche selbst den Kurpfuscher, verzichtet auf den ihm ohne eigene Mehrauslagen auf Kassakosten zur Verfügung gestellten Arzt, falls ihm dieser menschlich nicht zusagt. Das sind Kassenmitglieder, welche für ihre Behandlung noch Opfer bringen wollen, die individuelle Behandlung zu schätzen wissen, die Vorschreibung bestimmter Aerzte und die Verordnung begrenzter Behandlungsarten, besonders im Massenbetrieb, ablehnen. Die Rücksicht auf diese Stimmung ist der tiefere Grund, warum bisher die Kassenverwaltungen die freie Arztwahl

nicht abgeschafft haben. Ein anderer Grund ist darin zu suchen, daß man noch nicht die Zeit für gekommen hält und nicht sicher ist, ob nicht die genügende Anzahl von Aerzten ohne weiteres jetzt schon zur Verfügung stehen würde. Denn es ist zweifelhaft, ob bei den Aerzten die psychische Umstellung hierzu schon genügend vorgeschritten ist.

Die Stimmung unter den Aerzten ist eine gärende, zwispältige. Nach außen war ihr Einfluß gering; ihre Macht bildete die Einigkeit und der Wille, die freie Berufsbearbeitung auch in der KV. zu erhalten und sich für diesen Bestand entschieden einzusetzen. Nach außen trat dies in dem Hartmannbund hervor, der, nach dem Gründer der Aerzteorganisation benannt, alle in Betracht kommenden Aerzte umfaßte. In der letzten Zeit hat aber die Parteipolitik in die bis dahin geschlossenen Reihen Bresche geschlagen. Es ist unter den gegenwärtigen Verhältnissen, in denen die SV. von der Parteipolitik beherrscht wird, leicht gesagt: Für uns Aerzte gibt es nur eine Aerztespolitik, losgelöst von der Parteipolitik. Es ist aber um so schwerer durchführbar, wenn unter den Aerzten ein Teil die Ansicht hat, daß sich das Schicksal der Aerzte am Kampfplatz der Politik entscheidet, nirgendwo anders, die Schlüsse daraus zieht und sich als Berufsstand parteimäßig organisiert. Dies ist tatsächlich geschehen; wir haben ja erwähnt, daß es sozialdemokratische Aerztervereinigungen gibt, die den Anschluß an die freien Gewerkschaften gefunden haben; es gibt nationalsozialistische Aerztervereine, die in bezug auf die SV. entgegengesetzte Wege gehen wollen, ebenso kommunistische und wahrscheinlich, entsprechend der Parteizersplitterung, auch andere parteipolitische Aerztergruppen, die bisher weniger in die Öffentlichkeit getreten sind. Am 8. Februar 1931 wurde in Berlin über Anregung Dr. Erwin Lieks der Bund der Heilberufe für soziale Erneuerung (Aerzte und Apotheker) gegründet. Er wendet sich gegen das jetzige Versicherungssystem, dessen ursprünglich gesunder Gedanke ins Krankhafte verzerrt worden ist. Der Bund verlangt entpolitisierte Vorsorge an Stelle proletarisierender Fürsorge. Zu diesem Ende muß ein soziales Sparsystem die SV. ersetzen. Dann wird der Kranke wieder als freier Mensch dem freien Arzte gegenüber treten; dann wird Gewähr geleistet werden, daß die Fortschritte der medizinischen Wissenschaft auch der minderbemittelten Bevölkerung zuteil werden und nicht etwa zum Privileg für Reiche werden. Unter diesen Umständen ist es nicht verwunderlich, wenn auch im Aerzteinteresse sehr bedauerlich, daß der Hartmannbund seine bisher nach außen gezeigte parteipolitische Unberührtheit nicht aufrechterhalten konnte. Dies wird der Öffentlichkeit deutlich durch folgenden Beschluß: „Die Mitgliedschaft beim Hartmannbund ist unvereinbar mit der Mitgliedschaft bei beruflichen Vereinigungen jeder Art, deren Ziele mit denen des Hartmannbundes auf Erhaltung des freien Berufsstandes unverträglich sind. Die Zugehörigkeit zu einer politischen Partei berührt nach wie vor die Mitgliedschaft beim Hartmannbund nicht.“ Dieser Beschluß wird von verhängnisvollen Folgen für den einigen und geschlossenen Zusammenschluß sein. Praktisch kommt hierbei der Umstand in Betracht, daß der Hartmannbund als ärztliche Spitzenorganisation der gesamten Aerzteschaft mit verschiedenen Verbänden und Körperschaften Verträge abgeschlossen hat, bei denen die Zugehörigkeit zum Hartmannbund Vorbedingung für die Zulassung zur Berufstätigkeit ist. Auch in die anderen ärztlichen Berufsverbände ist dieser parteipolitische Zwiespalt eingedrungen. So haben sich in der Berliner Aerztekammer die Mitglieder, die sozialdemokratische oder kommunistische Parteiangehörige sind, zusammengeslossen, um auch bei den ärztlichen Lebens- und Standesfragen nicht in erster Linie nach berufsethischen, sondern nach parteipolitischen Erwägungen sich zu ent-

scheiden. Bisher waren die Aerzterverbände Spielbälle und Objekte der politischen Parteien; wenn sie nun Subjekte der Parteipolitik werden und den Versuch machen, tätig einzugreifen, so wird die Folge ein Kampf der Aerzte untereinander mit politischen Schlagworten sein, dessen Ausgang kaum zweifelhaft sein kann. Die lachenden Dritten werden alle Aerztegegner sein, den Schaden wird neben den Aerzten die Volksgesundheit zu tragen haben. Dann hat die auf Selbsthilfe aufgebaute Organisation, die soviel Hoffnungen erweckte und anfangs so schöne Erfolge zeitigte, versagt. Von den maßgebenden Faktoren, den Gesetzgeber, der Regierungsbürokratie, den Sozialversicherungsinstituten, war schon bisher keine Hilfe zu erwarten, weil das Verständnis für die Eigenart der ärztlichen Berufsausübung nicht vorhanden war. Jetzt kann man mit äußerer Berechtigung darauf hinweisen, daß die Aerzteschaft kein einheitliches Programm und keine gemeinsame Verhandlungsgrundlage haben. Ein leistungsfähiger Aerztestand ist eine Notwendigkeit im Interesse des öffentlichen Volkswohles. Man muß daher die auseinanderstrebenden Teile zusammenfassen, die Einheit auf einer tragbaren Plattform herstellen und die Aerzteschaft eingliedern in das öffentliche Leben durch Schaffung einer Reichsärzteordnung und einer Reichsärztekammer, die Reichsärzteordnung (RAeO.) entspricht einem lange geäußerten Wunsche der Aerzteschaft und kann sich, wenn allgemein gehalten, jedem parteipolitischen Wunschbild anpassen. Der RAeO. würde ich als Leitsatz die Worte Phillipovitch' vorschlagen: „Es soll eine Organisation geschaffen werden, in der sich die persönliche Freiheit des einzelnen mit den Rechten aller in Einklang bringen läßt, in der die vollkommene Vereinigung höchster Solidarität mit höchster Individualität gelingt.“ In der Reichsärztekammer (RAeK.) soll für die Aerzteschaft eine Standesvertretung geschaffen werden, die die Verhandlungen mit den anderen Körperschaften über die zweckmäßige Versorgung der Bevölkerung mit ärztlicher Hilfe aller Art obliegt, welche im Namen der Aerzteschaft die Verträge mit allen in Betracht kommenden Körperschaften vorzubereiten und abzuschließen hat. Durch die RAeO. sollen die Aerzte eine öffentliche, rechtlich anerkannte Berufsvertretung erhalten.

Die Aerzte waren sich stets und sind auch gegenwärtig sich der Pflichten gegenüber dem Volksganzen bewußt; sie sind auch bereit, in Hinblick auf die ernste, traurige Wirtschaftslage im Verhältnis zu den anderen Berufsständen Opfer zu bringen. Aber sie sollen nicht unter Ausnahmsbestimmungen gestellt werden. Erst in der letzten Zeit haben die Advokaten eine Reichsanwaltschaft erhalten. Was dem einen recht ist, ist dem anderen billig. Eine RAeO. mit Selbstverwaltung und Mitbestimmung soll auch im Interesse der öffentlichen Gesundheit die Aerzteschaft als Körperschaft des öffentlichen Rechtes erfassen.

Die RAeO. und RAeK. wären für die Aerzteschaft von großer Bedeutung; darauf sollen sich die Aerzte aber nicht allein verlassen. Es ist fraglich, ob sie beschlossen wird, wann und wie sie durchgeführt wird; in manchem würde sie die Hoffnungen nicht erfüllen, in vielem enttäuschen. Der ärztliche Einfluß auf die Gestaltung ihrer Berufstätigkeit ist gegenwärtig geringer denn je, sie können nur ihre Unentbehrlichkeit und die Bedeutung ihres Wirkens für das Volkswohl in die Waagschale werfen. Wenn sie aber ihre Tätigkeit bei den Krankenkassen einschränken und nicht voll ausüben, dann haben sie sich ihres wirksamsten Propagandamittels selbst begeben. Die Erbitterung der organisierten Aerzteschaft über die ungerechte Behandlung ist gerechtfertigt, die verzweifelte Stimmung begreiflich, die sich in der Entschließung vom 9. Dezember 1930 der in Berlin versammelten Vertretungen der ärztlichen Spitzenverbände, der deutschen Aerztekammern, der medizinischen Fakultäten und der Jung-

ärzteschaft folgendermaßen äußert: „Voll Empörung über die Zurückweisung ihrer in den Lebensrechten des Berufsstandes begründeten Lösungsversuche erklärt die deutsche Aerzteschaft die durch die Notverordnungen herbeigeführte weitere Einschränkung der Berufs-, Vertrags- und wirtschaftlichen Freiheit für unannehmbar. Bleibt die Verordnung bestehen, so zwingen sie die deutsche Aerzteschaft zur Opposition gegen das heutige System der KV., dessen Aenderung der Stand mit allen zulässigen Mitteln bekämpfen wird.“ Die Aerzte sollten sich gerade in dieser für sie verhängnisvollen Zeit bewußt sein, daß sie auch in der Opposition durch Tätigkeit wirken können und nicht durch Arbeitsenthaltung. Der alte Grundsatz „Teile und herrsche“ wurde ja schon wiederholt gegen die Aerzte ausgespielt.

Die Aerzte sind vereinsamt, es herrscht beinahe eine Vertrauenskrise. In diesen bedeutungsvollen Zeiten muß das Gemeinsame beherrschend bleiben, der Aerztestand darf nicht zerfallen in Vertretungen von Einzelinteressen. Der sicherste, vielleicht der einzige Weg, unser Ansehen wieder herzustellen, ist, durch gewissenhafte Pflichterfüllung den Beweis liefern, daß die Aerzteschaft selbst unter den ungünstigsten Voraussetzungen allen Anforderungen gewachsen ist. Die Aerzte müssen Gegenwartsarbeit leisten. „Unsere Aufgabe ist es nicht, zu sehen, was in nebelhafter Ferne schimmert, sondern das zu tun, was deutlich vor uns liegt“ (Carlyle). Der Hauptübelstand besteht darin, daß allgemein für die Besonderheiten der ärztlichen Berufsausübung nicht das richtige Verständnis besteht. Die ärztliche Tätigkeit besteht im wesentlichen aus zwei Anteilen: einerseits dienen, wirken und helfen, andererseits erfassen. Billroth sagt: „Der Arzt muß vor allem einen unwiderstehlichen Drang zum Helfen haben, zuerst angeboren, dann anerzogen. Die andere Komponente umschreibt Schweningher folgendermaßen: „Die ärztliche Tätigkeit setzt dort ein, wo die natürliche Selbststeuerung nicht ausreicht und der Kranke auch seelisch der Störung nicht Herr wird; dann begibt sich der Kranke des eigenen Willens, vertraut sich dem Arzte an, der Arzt erfaßt das Wesen der Krankheit, und der Kranke läßt sich leiten. Aus dem Willen zur Unfreiheit erklärt sich die Inanspruchnahme des Arztes, durch welche die Beziehungen zwischen dem Arzt und dem Kranken von allen anderen Beziehungen unterschieden werden.“ Die befriedigende ärztliche Berufsausübung beruht daher auf dem Gleichgewicht zwischen der Hilfsbereitschaft und dem Geltungstrieb des Arztes. Die Hilfsbereitschaft des Arztes ist ebenso unbegrenzt wie das Hilfsbedürfnis des Kranken. Die Erfolgsmöglichkeiten sind allerdings beschränkt durch die Bedingtheit der ärztlichen Wissenschaft und Kunst. Schon dies ist naturgemäß eine wirksame Bremse gegen Auswüchse des ärztlichen Geltungstriebes und lehrt den Arzt Bescheidenheit und Zurückhaltung.

Durch die SV. wurde die ärztliche Hilfstätigkeit wesentlich erweitert, aber etwas einseitig mechanisiert. Das Erfassen und Leiten wurde erschwert schon aus dem Grunde, weil die Unmittelbarkeit fehlt und die Unbefangenheit des Kranken nicht vorhanden ist. Die gegenseitigen Beziehungen haben sich gelockert, da der Versicherte unter Umständen ein Interesse hat, nicht voll erfaßt zu werden. Der unrichtige Platz, der dem Kassenarzt zugewiesen wurde, hat auch dazu beigetragen, daß die Arbeitsfreude des Kassenarztes gemindert, sein Geltungstrieb herabgesetzt wurde und er gegen Minderwertigkeitsanwandlungen ankämpfen mußte. Früher bedeutete beim Arzt alles Geben zugleich seelische Befriedigung und innere Bereicherung.

Die Hilfstätigkeit war die ursprünglich äußerlich faßbare; darauf beruht zum Teil die Schätzung des Arztes. Durch die SV. wurde die ärztliche Hilfe mechanisiert, die Krankheit entpersönlicht, versacht. Im Zeitalter der

technischen Zivilisation wurde beinahe ausschließlich auf den Nutzwert der ärztlichen Tätigkeit Bedacht genommen. Aufgabe des Kassenarztes war es, den Kassenkranken möglichst bald arbeitsfähig herzustellen. Gesundheit und Arbeitsfähigkeit wurden im Zeitalter der materialisierten SV. gleichbedeutende Begriffe. Zugegeben, daß die Gesundheit für die überwiegende Mehrheit das einzige Kapital ist. Der gesunde Mensch soll durch Arbeit Werte schaffen, die sich in Lohn oder Kapital umsetzen. Damit soll aber das menschliche Leben nicht erschöpft und ausgefüllt sein.

Dies kann nur in einer auf technische Fähigkeiten und Kenntnisse begründeten Zivilisation genügen, in welcher der Nutzwert herrscht. In der Zeit des praktischen Materialismus wurden die Wege der Zivilisation und die Pfade der Kultur nicht gleichmäßig gepflegt. Mit Recht sagt Albert Schweitzer: „Das Verhängnis unserer Kultur ist es, daß sie sich materiell stärker entwickelt hat als geistig.“ Auch in der SV. wurde die sanitäre Zivilisation gefördert, die gesundheitliche Kultur hat damit nicht gleichen Schritt gehalten. Dies ist der wahre Grund, daß in der kassenärztlichen Tätigkeit das Mechanische und Formale überwertet, das Seelische unterschätzt wurde. Die Hilfstätigkeit des Kassenarztes wurde technisch sorgsam ausgebaut, die geistige Bereitschaft, den Kranken zu erfassen und zu leiten, kam dabei zu kurz. Wenn aber der Arzt den Kranken seelisch nicht mehr fest in der Hand hat, dann mußte dieser Mangel ersetzt werden durch äußerlichen Zwang. Es war daher nur folgerichtig, daß in der kassenärztlichen Behandlung die Demokratie des früheren Hausarztes ersetzt wurde durch die Diktatur des Vertrauensarztes; nur hätte man auch diesen irreführenden Namen ändern sollen.

Die Aerzte sind vollständig im Recht, wenn sie gegen diese Einschränkung der Berufsausübung, die ihnen die seelischen Heilungsmöglichkeiten entziehen will, unterschiedenen Einspruch erheben. Auch der Arzt der Gegenwart, ja selbst der Kassenarzt, soll nicht nur Nutzungswerte schaffen, er muß sich in seiner Berufsausübung als Kulturträger fühlen und betätigen. Kein Stand ist dazu mehr berufen als der ärztliche, dem eines der größten Kulturgüter anvertraut ist: die Ehrfurcht vor dem Leben. Der Arzt soll in seinem Berufe alle Bestrebungen unterstützen zur Errichtung eines höheren Menschentums. Dazu muß er vor allem selbst Kulturmensch sein. Er soll nicht nur fachlich gut ausgebildet sein, sondern über eine allgemeine Bildung verfügen. Er soll vom Leben alles wissen, was die Zeit darüber lehrt; nichts Menschliches soll ihm fremd sein. Dazu gehört aber auch ein Mindestmaß innerer Freiheit, das durch die SV. arg beeinträchtigt wurde. Unter dem Drang und Zwang der SV. wurden auch die Aerzte zuviel Materialisten, sie haben zeitweilig den Erwerb stärker betont als den Beruf; sie fühlten sich, um mit Liek zu reden, mehr als Mediziner denn als Aerzte und haben auf ihre Sendung, Wahrer von Kulturwerten zu sein, nicht immer gebührend geachtet.

Für die Zukunft wird die Weltanschauung, Lebensauffassung und Lebenshaltung auch für den Aerztestand von ausschlaggebender Bedeutung sein. Wesentlich ist, ob die gestörte Harmonie zwischen Zivilisation und Kultur, welche die Ursache unserer zerrissenen und zwiespältigen Zeit bildet, wiederhergestellt wird. Wird der mechanische Materialismus siegreich weitermarschieren, dann werden die einseitigen Nützlichkeitsbestrebungen vorherrschen und das Seelische weiter an Geltung einbüßen. Dann wird es in Zukunft Behandlungsingenieure und Behandlungsschemiker geben, vor allem Heillaboranten und Heilgehilfen, aber keine Heilärzte in des Wortes bisheriger Bedeutung. Denn die mit der Behandlung betrauten Sozialbeamten werden den Kranken nicht erfassen und beeinflussen, weil ihnen einerseits die Fähigkeiten und Kenntnisse abgehen werden, vor allem aber,

weil eine Krankenummer nicht erfaßt werden will, und weil nichts zu erfassen ist. Dann ist der ärztliche Beruf sozialisierungsreif geworden, dann ist das Zeitalter des beamteten Behandlungsschemikers angebrochen.

So weit sind wir heute noch nicht. Wir leben in einer Zwischenzeit mit verschiedenen Entwicklungsmöglichkeiten und sollen daher auf alles vorbereitet sein und nicht unseren Blick in eine Richtung lenken lassen. Die schwierige Aufgabe, die der Aerzteschaft unter ungünstigen Bedingungen auferlegt ist, lautet: eine Synthese herzustellen zwischen dem Sozialbeamten und dem freiwirkenden Heilarzte. Hier soll den Aerzten der Satz Vierkandts zur Richtschnur dienen: „Die schwache Persönlichkeit wird durch Isolierung geschädigt, die starke, unbeschadet mancher Einseitigkeit, im großen ganzen durch sie gekräftigt.“ Die Aerzte müssen der harten Zeit offen entgegensehen, keine Vogelstraußpolitik betreiben. Sie sollen den Verlust vieler gewohnten Freiheiten und mancher Persönlichkeitswerte hinnehmen, sich aber trotzdem ohne Ueberheblichkeit und Selbstgefälligkeit ihrer Bedeutung für die Allgemeinheit sowie ihres inneren Wertes bewußt bleiben. Gerade unsere körperlich und geistig kranke Zeit braucht gute Aerzte. Vorläufig überwiegen die Interessen über die Ideen. Ein Stand mit so weitgehenden und bedeutungsvollen Pflichten gegenüber der Öffentlichkeit muß schließlich und endlich allen Widerständen zum Trotz an dem richtigen Platz eingefügt werden. Das tragische Mißverstehen einer auf technische Kenntnisse und Fertigkeiten aufgebauten Zivilisation wird gegenüber den Aerzten ein Ende nehmen.

Die Aerzte dürfen sich nicht, wie zu Beginn der SV., von den Ereignissen überraschen lassen; bereit sein ist alles. Der große Arzt Galen sagt: „Du sollst kein anderer sein, so du bestehen kannst in dir.“ Goethe hat das schöne Wort geprägt: „Stirb und werde!“ In der gärenden und verhängnisvollen Uebergangszeit soll die Aerzteschaft beide Sprüche beherzigen. Beharren und sich anpassen; das gute Alte erhalten, dem besseren Neuen sich nicht verschließen. Wir wissen nicht, was in der Zeiten Vordergrund schlummert. Nicht nur das Schicksal der Aerzte, die Zukunft der Menschheit hängt davon ab, ob gelten wird: „Jedem das Seine“ oder „Allen das gleiche“.

Die Aerzte zum § 218.

DKGS. Der, mit der zunehmenden Wirtschaftsnot immer mehr um sich greifenden Abtreibungssucht parallel geht der Ansturm gegen die Strafbestimmung des geltenden Rechtes. Zwar ist sie durch eine der Strafgesetzreform vorweggenommene Aenderung des § 218 vom Reichstag im Mai 1926 wesentlich gemildert worden. Für die Schwangere und ihren (nicht gewerbsmäßigen) Helfer ist die Regelstrafe nicht mehr Zuchthaus, sondern Gefängnis, und zwar ohne Begrenzung nach unten, so daß unter Umständen auf 1 Tag Gefängnis erkannt werden kann. Trotzdem verlangen radikale Kreise völlige Aufhebung der Strafbestimmung, also Freigabe der Abtreibung, wenigstens innerhalb der drei ersten Schwangerschaftsmonate.

Die Landesvertretung der deutschen Aerzte hat auf dem Aerzletag in Leipzig im Jahre 1925 eine Milderung des damals noch bestehenden ursprünglichen § 218 befürwortet im Sinne einer Herabsetzung der unteren Strafgrenze bis zu völligem Straferlaß bei besonders dringenden Notlagen der Schwangeren; sie empfahl ferner die Zulässigkeit der Unterbrechung bei gerichtlich erwiesener Notzucht und forderte eine Legalisierung der aus medizinischen Gründen von einem approbierten Arzt kunstgerecht vorgenommenen Schwangerschaftsunterbrechung; dagegen lehnte sie die sogenannte soziale Indikation, also die Unterbrechung aus rein wirtschaftlichen Gründen, entschieden ab.

Neuerdings machen sich auch innerhalb der Aerzteschaft Strömungen bemerkbar, die auf eine Revision dieser Haltung abzielen. Im Juni v. J. wurde von 356 Berliner Aerztinnen eine Eingabe an den Strafrechtsausschuß des Reichstags gerichtet, deren Kern die Freigabe der Unterbrechung für den approbierten Arzt schlechthin bildete oder, im Falle der Ablehnung dieses Verlangens, die ausdrückliche Anerkennung sozialer oder wirtschaftlicher Notlagen als zureichenden Grund für die Unterbrechung durch den Arzt. — Sehr bald folgte eine ebenfalls von mehreren hundert Aerztinnen unterschriebene Gegeneingabe, in welcher neben Festhalten an der medizinischen Indikation als alleiniger Rechtfertigung des therapeutischen Aborts strengste Sicherung dieses ärztlichen Sonderrechts durch ein geordnetes Konsiliarverfahren im Sinne der Aerzletagbeschlüsse gefordert wurde.

Wie man sieht, heben sich diese beiden Eingaben in ihrer Tendenz auf; es bestehen also innerhalb der weiblichen Aerzteschaft offenbar diametral einander gegenüberstehende Auffassungen, wenn auch keineswegs alle deutschen Aerztinnen sich an diesen Eingaben beteiligt haben.

Einen anderen Weg beschrift Mitte vorigen Jahres die Hamburgische Aerztekammer. Geleitet von dem Gedanken, daß die Mitglieder der Kammer allein nicht die Verantwortung für eine öffentliche Stellungnahme in dieser vielumstrittenen Frage tragen könnten, wandte sie sich mit einem sorgsam ausgearbeiteten Fragebogen an die gesamte Hamburger Aerzteschaft, um auf diese Weise deren Stellung zu § 218 zu erkunden. Es wurden 1266 Bogen versandt; davon kamen 880, also etwa 70 Proz., beantwortet zurück. Um völlige Ungebundenheit der Meinungsäußerung zu sichern, war anheimgestellt worden, die Namensunterschrift wegzulassen. Nur ein kleiner Teil der Antwortenden, knapp 10 Proz., hat davon Gebrauch gemacht.

Man mag über den Wert einer solchen Umfrage, die als ärztliches Plebiszit gelten kann, denken wie man will, — jedenfalls mußte man mit Spannung dem Ergebnis entgegensehen. Es ist ausführlich nach sehr sorgsamer Durcharbeitung und Sichtung der eingelaufenen Antworten anfangs Dezember 1930 durch den Hamburgischen Kammervorstand bekanntgegeben worden.

Nach den vorhin erwähnten Eingaben der Aerztinnen war das stärkste Interesse auf die Beantwortung der Frage nach völliger Freigabe der Schwangerschaftsunterbrechung gerichtet. Die Unterfragen lauteten: a) durch jeden Arzt? b) nur in dazu bestimmten Kliniken? — Das Ergebnis war eine ganz unzweideutige Ablehnung! Nur 41 Stimmen waren für die Freigabe mit Modifikation a), nur 25 Stimmen für Freigabe nach Modifikation b). Das bedeutet: Mit 92,5 Proz. der abgegebenen Stimmen ist die Freigabe der Schwangerschaftsunterbrechung, sei es für jeden approbierten Arzt oder nur für konzessionierte Kliniken, abgelehnt worden. Das beweist, daß auch die Hamburger Aerzteschaft eine indikationslose Unterbrechung unbedingt verwirft.

Abgelehnt wurde ferner die rein soziale Indikation, d. h. die Unterbrechung lediglich aus sozialen oder wirtschaftlichen Gründen, mit fast 60 Proz. der Stimmen. Nur eine Minderheit von etwa einem Viertel der Abstimmenden war für unbedingte Anerkennung, 11 Proz. war für bedingte Anerkennung (Prüfung der Indikation durch einen zuständigen Ausschuß) dieser Indikation. — Die sogenannte medizinisch-soziale Indikation wurde mit einer Mehrheit von 75 Proz. angenommen; das war durchaus zu erwarten. Daß die soziale Lage einer Kranken bei der Prognose bestehender Organkrankheiten mitberücksichtigt werden muß, entspricht der unter den Aerzten im allgemeinen

herrschenden Anschauung; eine Organkrankheit verläuft eben bei einer schlecht genährten, auf Erwerb angewiesenen Schwangeren anders als bei einer gutsituierten Kranken, die sich schonen und pflegen kann.

Zu erwähnen wäre noch, daß auch in Hamburg mit überwiegender Mehrheit die Frage nach Zulässigkeit der Schwangerschaftsunterbrechung bei nachgewiesener Notzucht bejaht wurde. Recht geteilt waren die Ansichten über wünschenswerte Zulässigkeit der Schwangerschaftsunterbrechung in einigen Sonderfällen: Bei Jugendlichen bis zum 16. Lebensjahr: für Anerkennung 58 Proz.; bei Vorhandensein von mindestens 4 Kindern: für Anerkennung bedingt 16 Proz., unbedingt 32 Proz., dagegen 50 Proz. Bei „zu rascher Folge von Schwangerschaften“: für Anerkennung: bedingt 20 Proz., unbedingt 36 Proz., dagegen 41 Proz. Bei Frauen über 40 Jahre: für Anerkennung: bedingt 16 Proz., unbedingt 21 Proz., dagegen 56 Proz.

Diese Sonderfälle seien nur der Vollständigkeit wegen erwähnt. Wirklich richtunggebenden Wert wird man der Abstimmung über solche etwas willkürliche Kasuistik kaum beimessen können. Der Kern der Gesamtumfrage liegt zweifellos in der Stellungnahme zur Freigabe überhaupt und zur rein sozialen Indikation. Sie entspricht im Ergebnis im großen und ganzen der Stellungnahme der Standesvertretungen. Darum wird von verschiedenen Seiten die weitere Veranstaltung ähnlicher Umfragen in anderen Bezirken für überflüssig und höchstens zur Verwirrung führend angesehen. Allerdings scheinen solche Anschauungen nicht durchschlagend, denn inzwischen ist bereits eine neue Umfrage vermittels eines an den Hamburger sich anlehnenden, aber differenzierteren Fragebogens vom Bund deutscher Aerztinnen in die Wege geleitet worden.

Reichsvereinigung der deutschen Aerztekammern.

DKGS. Sämtliche deutsche Aerztekammern haben sich am 10. Mai in Berlin zu einer festen Vereinigung zusammengeschlossen. Aerztekammern bestehen auf Grund der Landesgesetzgebung für den Bereich eines Landes oder einer Provinz. Einen Zusammenschluß für das Reich gab es bisher weder auf gesetzlicher noch auf anderer Grundlage, nur waren die preußischen Aerztekammern durch den preußischen Aerztekammerausschuß für sich zusammengefaßt. Die Aerzteschaft erstrebt seit längerer Zeit eine Reichsarzteskammer. Dazu wird es einer besonderen Reichsgesetzgebung bedürfen. Bis sie erfolgt ist,

soll ein enger Zusammenschluß aller deutschen Kammern durch die erwähnte Gründung einer Vereinigung der deutschen Aerztekammern herbeigeführt werden. Es handelt sich also zunächst um einen Zusammenschluß auf privatrechtlicher Grundlage. Die öffentlich-rechtliche Zusammenfassung wird von einer deutschen Reichsarztesordnung erwartet, deren Aufstellung auf dem bevorstehenden diesjährigen Aerztetage erneut von der deutschen Aerzteschaft gefordert werden wird.

Der Deutsche Apothekerverein zum neuen Arzneimittelgesetz.

Die Frage des Erlasses eines Reichsarzneimittelgesetzes wird im allgemeinen einseitig und unzutreffend behandelt, vor allem schon dadurch, daß man sie so darstellt, als ob das Gesetz den Zweck haben sollte, die Grenze zwischen den Verkaufsbefugnissen der Apotheken und der Drogenhandlungen zu ziehen. Das ist nicht der Fall. Die Mindestanforderungen, die der Staat an diejenigen Personen zu stellen hat, denen er die Abgabe von Arzneien anvertrauen kann, sind diejenigen, welche er an die Ausbildung des Apothekers stellt: Hochschulreife, Hochschulstudium, fünfjährige Praxis und zwei staatliche Prüfungen. Wenn gewisse „Apothekerwaren“ dem freien Verkehr überlassen werden, so kann diese Freigabe nur eine allgemeine sein, d. h. es kann nur eine Grenze zwischen Apotheker und Nichtapotheker gezogen werden. Einen Drogistenberuf als solchen gibt es nicht. Wollte der Staat einen solchen schaffen, so müßte er bestimmte Ansprüche an Vor- und Ausbildung stellen, also gewissermaßen Apotheker zweiter Klasse zulassen, eine Einrichtung, die kein Sachverständiger befürwortet. Was an Arzneimitteln freigegeben wird, muß also jedermann, jeder Kaufmann und Krämer vertreiben dürfen. Wer über diese Dinge auch nur etwas nachdenkt, wird sich sagen, daß es im Interesse des Kranken liegt, seine Arznei aus der Hand eines wissenschaftlich gebildeten Fachmannes zu erhalten. Diesem, dem Apotheker, müssen aber für die schwere Verantwortung und die schweren Sonderpflichten, die ihm auferlegt sind, auch gewisse Rechte zugestanden werden. Er ist nicht in der Lage, mit anderen Geschäftsleuten in den freien Wettbewerb zu treten, da er mit diesen Pflichten vorbelastet ist. Würden, wie es bestimmte Kreise wünschen, alle nicht starkwirkenden Mittel dem freien Verkehr überlassen, so würde das den wirtschaftlichen Untergang zahl-

Partenkirchen 700 — 800 m ü. d. Meer - Bayerisches Hochgebirge.

Sanatorium Dr. Wigger's Kurheim

Modernst eingerichtete, aussichtsreichst und sonnigst gelegene Kuranstalt, für alle Inneren-, Nerven- und Stoffwechselkranke sowie auch für Erholungsbedürftige.

Aerztliche Leitung:

Universitätsprofessor Dr. med. Kattwinkel, früher langj. Assistent von Geheimrat von Ziemssen, München, langj. wissenschaftlicher Mitarbeiter von Prof. Pierre-Marie, Paris.

Dr. med. Karl Recknagel, früher langj. Assistent an der Mediz.-Univ.-Klinik, Jena, Privatassistent von Prof. W. H. Veil (Direktor der Klinik), stellvertretender Röntgenologe der med. Klinik, wissenschaftlich tätig in den Laboratorien der Mediz. Univ.-Klinik, Jena, und der 1. med. Abteilung München-Schwabing (Direktor: Geheimrat Prof. Dr. Kerschsteiner).

Dr. med. Reinike, früher langj. Assistent und stellvertretender Oberarzt an der med. Klinik des Krankenhauses Altstadt, Magdeburg, unter Prof. Otten, und an der neurologisch-psychiatr. Abteilung des Bürgerhospitals Stuttgart, unter Prof. Wetzel.

Eigenes großes Kurmittelhaus und Laboratorium, durch die neuesten Apparate zu Diagnostik und Therapie ergänzt. (Neuer Spannungs-Elektrokardiograph, Zeiß'sches Stufenphotometer, Stoffwechselapparat nach Knipping, Heidane'sche Apparat zur Bestimmung der Kohlensäurespannung bei Zuckerkranken usw.)

Unter derselben Oberleitung: Das vornehme

Familien-Hotel „Der Kurhof“

Pensionspreis RM. 9.— bis 15.—

Alles Nähere sowie Prospekt durch den Besitzer: Geheimrat Dr. med. Florenz Wigger od. durch die Direktion.

reicher Apotheken, namentlich der kleinen auf dem Lande, bedeuten. Dem Publikum würde dadurch aber die Beschaffung der wichtigsten und eiligsten Arzneimittel, die unter keinen Umständen freigegeben werden dürfen, sehr erschwert. Auch die angeblich „harmlosen“ Mittel gehen am besten durch die Hand des Fachmannes; denn auch sie müssen auf ihre Identität und Güte einer sachverständigen Prüfung unterzogen werden. Ganz verfehlt ist der Hinweis auf die Giftprüfung des Drogisten. Es ist doch wohl ein gewaltiger Unterschied, ob ein Gift für technischen Gebrauch verkauft oder als Arznei für Menschen abgegeben wird!

Ob der vorliegende Entwurf für ein Arzneimittelgesetz im einzelnen geeignet ist, wird erst zu entscheiden sein, wenn seine endgültige Fassung und namentlich seine Begründung vorliegt.

Aerztliche und zahnärztliche Verschreibungen von Betäubungsmitteln.

Im Laufe der letzten Wochen sind uns zahlreiche Anfragen über Rezepte, in denen Betäubungsmittel verordnet sind, zugegangen, die teils schriftlich, teils mündlich erledigt wurden. Wir veröffentlichen eine Auswahl dieser Rezepte, da die durch zahlreiche Paragraphen verwickelten Vorschriften am besten durch Beispiele von Rezepten erläutert werden können und sich so dem Gedächtnis leichter einprägen.

Bei den unter Abschnitt I bekanntgegebenen Beispielen wurde von der Angabe des Namens des Arztes oder Zahnarztes, seiner Berufsbezeichnung, Anschrift, Tag des Ausstellens, Name und Wohnung des Kranken der Einfachheit halber abgesehen, während in Abschnitt II alle durch die Verordnung vorgeschriebenen Angaben beigefügt sind.

I.

1. Rp. Tinct. Opii spl. 5,0
D. S. Morgens und abends je 5 Tropfen zu nehmen.
Darf zweimal innerhalb eines Monats repetiert werden.
(Die erstmalige Abgabe ist zulässig, die wiederholte Anfertigung von Arzneien, welche Betäubungsmittel enthalten, ist künftig auf Grund der §§ 21 und 22 der Verordnung vom 19. Dezember 1930 verboten.)
2. Rp. Tinct. Opii spl. 25,0
D. S. Vormittags und abends je 10 Tropfen zu nehmen.
(Darf, weil mehr als 20,0 verordnet sind, nur als eingetragene Verschreibung und wenn das Rezept nach Form und Inhalt vollständig ist, abgegeben werden.)
3. Rp. Fol. Digitalis plv. 0,1
Morphin. hydrochloric. 0,01
Dicodid 0,002
Sacch. alb. 0,3
M. f. plv. Dent. tal. dos. Nr. 5.
S. Abends 1 Pulver zu nehmen.
(Darf nicht angefertigt werden, weil zwei Betäubungsmittel in der Arznei enthalten sind.)
4. Rp. Extr. Belladonnae 0,03
Extr. Opii 0,06
Ol. Cacao 2,0
M. f. suppositor.
D. tal. dos. Nr. 20.
S. Abends 1 Stück einzuführen.
(Darf nicht angefertigt werden, weil mehr als 1 g Extr. Opii verordnet ist und eingetragene Verschreibung fehlt.)
5. Rp. Dicodid bitartar. 0,25
Aqu. destillat. 10,0
M. D. S. abends 5 Tropfen zu nehmen.
(Darf nicht angefertigt werden, weil mehr als 0,2 g Dicodid verordnet und eingetragene Verschreibung bei Dicodid nicht zulässig ist.)
6. Rp. Dilaudid 0,04
Scopolamin hydrobromic. 0,01
Aqu. destillat. 10,0
M. D. S. nach Bericht zu verwenden.
(Darf nicht angefertigt werden, weil mehr als 0,03 Dilaudid verordnet, eingetragene Verschreibung bei Dilaudid nicht zulässig ist und weil eine ausdrückliche Gebrauchsanweisung fehlt.)

7. Rp. Pantopon 0,03
Extr. Belladonnae 0,02
Ol. Cacao 2,0
M. f. suppositor.
Dent. tal. dos. Nr. 20.
S. Abends ein Zäpfchen einzuführen.
(Darf nicht angefertigt werden, weil mehr als 0,4 Pantopon verordnet und eingetragene Verschreibung bei Pantopon nicht zulässig ist.)
8. Rp. Heroin 0,004
Pulv. Ipecac. opiat. 0,2
Sacch. alb. 0,3
M. f. plv. D. tal. dos. Nr. 10.
S. Vormittags und abends ein Pulver zu nehmen.
(Darf nicht angefertigt werden, weil mehr als 0,03 Heroin verordnet und eingetragene Verschreibung bei Heroin nicht zulässig ist; außerdem sind in der Verschreibung zwei Betäubungsmittel, Heroin und Opium, enthalten.)
9. Rp. Eukodal 0,25
Massa pilular. q. s. ut f. pilulae Nr. 100.
S. Abends eine Pille zu nehmen.
(Darf nicht angefertigt werden, weil mehr als 0,2 Eukodal verordnet und eingetragene Verschreibung bei Eukodal nicht zulässig ist.)
11. Rp. Infus. Fol. Digitalis 1,0 : 180,0
Morphin. hydrochloric. 0,03
Spir. Aetheris. nitros. 5,0
Tinct. Opii spl. gtt. 10,0
Sirup. spl. 15,0
M. D. S. Täglich 3mal 1 Eßlöffel voll zu nehmen.
(Darf nicht angefertigt werden, weil zwei Betäubungsmittel verordnet sind.)
12. Rp. Morphin. hydrochloric. 2,0!
(Grammata duo)
Glycerini 10,0
M. D. S. Mit einem Pinsel 1mal täglich die offene Wunde zu bepinseln.
(Darf nicht angefertigt werden, weil die Arznei mehr als 15. v. H. Morphin enthält.)
13. Rp. Laudanon 0,01
Sacch. lactis 0,06
M. f. tablett. D. tal. dos. Nr. 10.
S. Morgens und abends eine Tablette zu nehmen.
(Darf nicht angefertigt werden, weil die Tablette mehr als 30 v. H. Laudanon enthält.)
14. Rp. Morphin. hydrochloric. 0,3
Aqu. Amygdalar. amar. 30,0
M. D. S. Abends 6 Tropfen zu nehmen.
(Darf nicht angefertigt werden, weil mehr als 0,2 g Morphin verordnet ist und der Vermerk „eingetragene Verschreibung“ fehlt.)
15. Rp. Morphin. hydrochloric. 0,01
Paracodin 0,02
Sacch. alb. 0,3
M. f. plv. D. tal. dos. Nr. 5.
S. Abends ein Pulver zu nehmen.
(Darf angefertigt werden, weil Paracodin nicht zu den Betäubungsmitteln zählt.)
16. Rp. Codein. phosphoric. 0,02
Dilaudid 0,002
Sacch. alb. 0,3
M. f. plv. D. tal. dos. Nr. 5.
S. Abends ein Pulver zu nehmen.
(Darf angefertigt werden, weil Codein nicht zu den Betäubungsmitteln zählt.)
17. Rp. Morphin. hydrochloric. 0,01
Sacch. alb. 0,3
M. f. plv. D. tal. dos. Nr. 5.
S. Jeden Abend ein Pulver zu nehmen.
(Dieses Rezept darf nicht angefertigt werden, weil das Original mit gewöhnlichem Bleistift geschrieben.)
18. Rp. Paramorphan 0,25
Sacch. alb. 5,0
M. f. plv. Divide in part. aequal. 10.
S. Abends ein Pulver zu nehmen.
(Darf nicht angefertigt werden, weil mehr als 0,2 Paramorphan verordnet ist.)

Bei den obigen Verschreibungen stehen den Zahnärzten die gleichen Rechte zu wie den Aerzten.

II.

19. Dr. med. Bauer, prakt. Arzt,
Stuttgart (Marktstr. 6), den 21. März 1931.
Rp. Morphin. hydrochloric. 0,5
Aqu. destillat. 30,0
M. D. S. Vormittags und abends je 10 Tropfen zu nehmen.
Herr Mayer, Stuttgart, Karlstr. 10.
„Eingetragene Verschreibung.“

Dr. Bauer
(eigenhändige Unterschrift).
(Richtig ausgestellte Verschreibung.)

20. Dr. Kurz, prakt. Zahnarzt,
Stuttgart (Marienstr. 3), den 21. März 1931.
Rp. Morphin. hydrochloric. 0,2
Aqu. destillat. 10,0
M. D. S. Für meinen Praxisbedarf.

Dr. Kurz
(eigenhändige Unterschrift).

(Das Rezept darf nicht angefertigt werden, weil der Zahnarzt für seinen Bedarf in der Praxis Morphin nicht verschreiben darf.)

21. Dr. Mayer, prakt. Zahnarzt,
Stuttgart (Kurze Straße 2), den 21. März 1931.
Rp. Tinct. Opii spl. 10,0
D. S. Für meinen Praxisbedarf.
„Eingetragene Verschreibung.“

Dr. Mayer
(eigenhändige Unterschrift).

(Darf nicht angefertigt werden, weil der Zahnarzt für seinen Bedarf in der Praxis, abgesehen von Cocain, kein Betäubungsmittel verordnen darf.)

22. Dr. med. Bauer, prakt. Arzt,
Stuttgart (Olgastr. 5), den 21. März 1931.
Rp. Cocain. hydrochloric. 0,05
Aqu. destillat. 10,0
M. D. S. 2mal täglich einen Tropfen ins linke Auge zu träufeln.
Herrn Karl Mayer, Cannstatt, Karlstr. 2.

Dr. Bauer
(eigenhändige Unterschrift).

(Darf nicht angefertigt werden, weil „eingetragene Verschreibung“ fehlt.)

23. Dr. Kurz, prakt. Zahnarzt,
Stuttgart (Marienstr. 3), den 21. März 1931.
Rp. Cocain. hydrochloric. 0,1
Atropin. sulfur. 0,01
Aqu. destillat. 10,0
M. D. S. Täglich 3mal das Zahnfleisch damit zu bepinseln.
Herrn Karl Mayer, Stuttgart, Rote Straße 7.
„Eingetragene Verschreibung.“

Dr. Kurz
(eigenhändige Unterschrift).

(Darf nicht angefertigt werden, weil der Zahnarzt für einen Kranken Cocain nicht verordnen darf, sondern nur für Praxisbedarf zu chirurgischen Eingriffen.)

24. Dr. med. Bauer, prakt. Arzt,
Stuttgart (Olgastr. 5), den 21. März 1931.
Rp. Cocain. hydrochloric. 0,1
Atropin. sulfur. 0,005
Aqu. destillat. 10,0
M. D. S. 2mal täglich die wunde Stelle damit zu bepinseln.
Herrn Karl Mayer, Stuttgart, Marktplatz 4.

Dr. Bauer
(eigenhändige Unterschrift).

(Darf nicht angefertigt werden, weil weniger als 0,1 v. H. Atropin enthalten ist.)

25. Dr. med. Bauer, prakt. Arzt,
Stuttgart (Olgastr. 5), den 21. März 1931.
Rp. Cocain. hydrochloric. 0,1
Vaselin. alb. 10,0
M. f. ungt. S. Wundsalbe.
Herrn Karl Mayer, Stuttgart, Marktplatz 4.
„Eingetragene Verschreibung.“ Dr. med. Bauer
(eigenhändige Unterschrift).
(Darf nicht angefertigt werden, weil Cocain nur in Lösung verordnet werden darf.)

26. Dr. med. Bauer, prakt. Arzt,
Stuttgart (Olgastr. 5), den 21. März 1931.
Rp. Cocain. hydrochloric. 0,15
Aqu. destillat. 10,0
M. D. S. Täglich 3mal das Zahnfleisch damit zu bepinseln.
Herrn Karl Mayer, Stuttgart, Marktplatz 4.
„Eingetragene Verschreibung.“ Dr. med. Bauer
(eigenhändige Unterschrift).
(Darf nicht angefertigt werden, weil Atropin. sulfur. fehlt und mehr als 1 v. H. Cocain in der Lösung enthalten ist.)

27. Dr. med. Bauer, prakt. Arzt,
Stuttgart (Olgastr. 5), den 21. März 1931.
Rp. Cocain. hydrochloric. 0,1
Aqu. destillat. 20,0
M. D. S. Bei Erbrechen 10 Tropfen zu nehmen.
Herrn Karl Mayer, Stuttgart, Marktplatz 4.
„Eingetragene Verschreibung.“ Dr. Bauer
(eigenhändige Unterschrift).
(Darf nicht angefertigt werden, weil 0,1 v. H. Atropin. sulfur. fehlt.)

28. Dr. med. Rauber, Facharzt für Hals-, Ohren- und Nasenkrankheiten,
Stuttgart (Lange Straße 5), den 21. März 1931.
Rp. Cocain. hydrochloric. 2,0
Aqu. destillat. 10,0
M. D. S. Für meinen Bedarf in der Praxis.
„Eingetragene Verschreibung.“ Dr. Rau
(eigenhändige Unterschrift).
(Darf nicht angefertigt werden, weil mehr als 1g Cocain verordnet und weil die Lösung stärker als 10 v. H. ist.)

29. Dr. med. Bauer, prakt. Arzt,
Stuttgart (Olgastr. 5), den 21. März 1931.
Rp. Cocain. hydrochloric. 0,1
Atropin. sulfur. 0,01
Aqu. destillat. 10,0
M. D. S. 3mal täglich 10 Tropfen zu nehmen.
Herrn Karl Mayer, Stuttgart, Marktplatz 4.
„Eingetragene Verschreibung.“ Dr. med. Bauer
(eigenhändige Unterschrift).
(Richtig ausgestellte Verschreibung.)

30. Dr. med. Bauer, prakt. Arzt,
Stuttgart (Olgastr. 5), den 21. März 1931.
Rp. Morphin. hydrochloric. 1,0
Aqu. destillat. 30,0
M. D. S. Jeden Abend 1 cem einzuspritzen.
Herrn Karl Mangold in Friedrichshafen, Hafenstraße 2.
„Eingetragene Verschreibung.“ Dr. med. Bauer
(eigenhändige Unterschrift).
Die Arznei ist an den Patienten zu schicken.
(Darf von Stuttgart nicht nach Friedrichshafen verschickt werden, weil der Patient die Arznei nur von einer der nächstgelegenen Apotheken sich zusenden lassen kann.)
(Süddeutsche Apotheker-Zeitung 24/31.)

Gegen **Fluor** jeder Aetiologie
das immer bewährte, glänzend begutachtete Spülmittel.

Zur Heilung genügen meist
1—2 Flaschen, daher kassenüblich.

Contrafluol

14 Tagequantum
M. 3.— in Apotheken.
Bei vielen Kassen
zugelassen.

Dr. E. Uhlhorn & Co.,
Wiesbaden-Biebrich.

Konzentrierte Lösung pflanzlicher Saponine.

Sanitätsrat Dr. Max Nassauer, München †.

In Bad Kissingen ist der bekannte, in weitesten Kreisen verehrte Münchener Frauenarzt und Schriftsteller Sanitätsrat Dr. Max Nassauer, 62 Jahre alt, gestorben. Dr. Nassauer hat neben zahlreichen medizinischen und sozialärztlichen Schriften und aktuellen Abhandlungen durch seine weitverbreitete „Doktorschule“, durch Romane und Novellen, ferner durch sein klassisches Bilderbuch „Der gute Doktor“ eine große, dankbare Gemeinde von Lesern gefunden, wie nur wenig Aerzte. Auch auf sozialem Gebiete war Dr. Nassauer unermüdlich tätig. Er hat zahlreiche wichtige medizinische Erfindungen gemacht, die sich dauernd bewährten. Der Tod dieses ausgezeichneten Menschen und Arztes wird überall schmerzlich bedauert werden. — Auch der „Bayer. Aerztezeitung“ und deren Verlag war er seit Jahrzehnten ein treuer und wohlwollender Mitarbeiter.

Schriftleitung und Verlag.

Sanitätsrat Dr. Rebitzer †.

Am 21. Mai d. J. starb San.-Rat Dr. Berthold Rebitzer, 65 Jahre alt, seit langen Jahren in Weiden Praxis ühend, an akuter Herzlähmung. Seit vielen Jahren Vorsitzender des Aerztl. Bezirksvereins Weiden und dessen Wirtschaftlicher Abteilung, stand er eifrig und mit lebhaftem Interesse im ärztlichen Organisationsleben, war Mitglied der Bayer. Landesärztekammer und der früheren Kreiskammer der Aerzte der Oberpfalz, des jetzigen Kreisverbandes der oberpfälzischen Aerzte. So widmete er sich nicht bloß seiner ausgedehnten Privatpraxis, sondern fand immer noch genügend Zeit, um im Interesse seiner engeren und der bayerischen Kollegenschaft zu wirken. Wegen seines fortschreitenden Leidens zog er sich im Vorjahr aus seiner praktischen Tätigkeit zurück und führte nur noch seine Ämter, die ihm seine Standeskollegen übertragen hatten. Mit ihm schied ein lebenswürdiger, heiterer, stets hilfsbereiter und arbeitsfreudiger Kollege von uns, dem die Aerzte der Oberpfalz und besonders die Mitglieder des Aerztl. Bezirksvereins Weiden in Dankbarkeit ein treues Angedenken bewahren werden.

Kohler.

Aerztlicher Fortbildungskursus vom 4. bis 9. Mai in der Lungenheilstätte Pappenheim.

Veranstaltet von der Bayer. Landesärztekammer und der Landesversicherungsanstalt Mittelfranken.

An diesem Kursus beteiligten sich sechs Aerzte. Eine anscheinend geringe Zahl. Für die Besucher aber desto angenehmer, da hierdurch eine besonders intensive Arbeit gewährleistet war. Oberarzt Dr. Wießner, der Leiter der Heilstätte, übersandte ein Programm, das etwas ganz Besonderes versprach.

Stadt und Landschaft Pappenheim erfreuten uns am Abend vor Beginn des Kursus durch Lage und Schönheit der Natur. Der 4. Mai versammelte sechs Herren morgens 8 Uhr in der Heilstätte. Beim Gang zu derselben fällt schon die außerordentlich gut gewählte, günstige Lage auf. Am Südhang, am Wald, nahe dem Städtchen und doch weit genug entfernt, liegt eine Stätte des Heilens, die durch Anlage, Großzügigkeit und Zweckmäßigkeit überrascht.

Oberarzt Dr. Wießner, der Leiter der Anstalt, und Assistenzarzt Dr. Wolff, der getreue Mitarbeiter, begrüßten uns in lebenswürdigster Weise.

Der Gang durch das Haus zeigte, was in jahrelangem Ueberlegen und Schaffen erzielt werden kann, und wie dem Kranken zu Nutz und Frommen eine Anstalt sich leiten läßt. Ruhe, Vertrauen und Sicherheit lagert über dem Ganzen und nimmt sofort die Kursusteilnehmer gefangen.

Liegehallen, terrassenförmig am Berghang, streng durchdacht, um Wirkung von Sonne, Licht und Luft auszunützen, um mit dem Blick auf Burg, Stadt und eine ruhige, schöne Landschaft die Seele der Patienten zu erquickern, sind eine besonders schöne Schöpfung der Anstalt. Die Station für Lungenchirurgie, die ausgezeichnete Röntgenabteilung mit eigener Stromanlage, wodurch Stromschwankungen des Stadtnetzes auszuschließen sind, sind Mustereinrichtungen. Unter der sicheren und stark positiv eingestellten Führung des Anstaltsleiters und seines Assistenten lernten wir erkennen, was Therapie, was Können und Wille, was Persönlichkeit im Kampfe gegen Tuberkulose zu leisten imstande sind. Tag für Tag brachte Neues und Wichtiges. Wir sehen ein Verhältnis

Dr. Max Nassauer †, München

Die Doktorschule

4. Auflage der „Hohen Schule für Aerzte und Kranke“ und der „Arzt der grossen und der kleinen Welt“

Brosch. M. 4.50, in Leinen geb. M. 6.—

Das Büchlein Nassauers, das schon so manchen Doktorsmann erfreut hat, bald ihn schmunzeln ließ, bald ihn zum betroffenen Nachdenken über sich selbst seine Kollegen und allerhand Fragen des Standes anregte, ist in neuer Auflage erschienen. Ein Beweis, daß sein Inhalt lebendig ist und bleibt! Wir blättern wieder in den Seiten wie in einem Skizzenbuch, das Augenblicksbilder aus dem ärztlichen Leben, mit den scharfen Augen des kundigen Arztes und Seelenkenners gesehen, in knappen, aber treffsicheren Strichen bringt: wie im Film gleitet das vorüber, die kleinen und großen Kümernisse des Arztes im Salon, im Proletarierheim und in der Kassensprechstunde, die kleinen und großen Schwächen unserer Patienten und — Kollegen, die Versuchungen, die in lockender Vielgestaltigkeit an den Arzt herantreten, kurzum Eindrücke aus allen Höhen und Tiefen des Berufs. Nassauer ist Künstler, dem es gelingt, dem Typischen fesselnde Einzelzüge zu verleihen, und so wird manche der kleinen Skizzen zur packenden Novelle. Wer das Büchlein in die Hand nimmt, wird kaum eine Seite überschlagen und am Schluß dem Verfasser bestätigen, daß er in dieser „Autopsie des Arztes“ wirklich „aus Ernst und Scharfheit in kleinen Bildern eine Art ärztlicher Schule und auch ein wenig ärztliche Ethik hat entstehen lassen. Möchten sich recht viele Kollegen daran erbauen!“

Ärztliches Vereinsblatt.

Verlag der Ärztlichen Rundschau Otto Gmelin München 2 NW, Arcisstr. 4/II Gh.

zwischen Arzt und Patienten, das zu den gedeihlichsten Erfolgen führen muß. Der Patient geht in die Heilstätte mit dem Bewußtsein: hier werde ich geheilt. Innere Behandlung, Strahlenbehandlung, den Pneumothorax einseitig, doppelseitig in reichster Auswahl und häufiger Gelegenheit zur praktischen Ausführung bei strenger Indikation, Exhairesse, Strangkaustik und zuletzt die Plastik mit ihren ganz besonders schönen Erfolgen sehen wir am Operationstisch praktisch ausgeführt und an einer großen Zahl von geheilten Kranken. Die Plastiker alle aufrecht, straff, gerade Wirbelsäule, mit gut erhaltener Muskelkraft der operierten Seite. Röntgenologisch gute Spangenbildung, gut kollabiert und narbig geschrumpfte Lungen ohne Kavernen. Trotz des schweren Eingriffes sehen wir einen Operierten am dritten Tag wohl auf und munter im Bett, einen anderen am zwölften Tag frisch umhergehen.

Wir sehen die Kombination von Pneumothorax und Exhairesse und sind erstaunt über die guten Erfolge. Ein großes, ausgesuchtes Material von Röntgenfilmen bester Ausführung, zahlreiche Durchleuchtungen täglich vor- und nachmittags, klinische Untersuchungen, praktisch durchgeführte Kehlkopfbehandlung, Laboratoriumsarbeit lassen uns nichts mehr zu wünschen übrig.

Ein sehr reiches Fürsorgematerial in ambulanter Behandlung, Familiendurchforschung von erkrankten Neuaufnahmen vom Kleinkind bis zur Frau und näheren Umgebung bieten uns größte Anregung für Familienschutz und enge Beziehung zur Heilstätte.

Anerkennung und Dank sagen wir der Bayer. Landesärztekammer und der Landesversicherungsanstalt Mittelfranken für die Schaffung solcher Kurse zur Ermöglichung der Fortbildung. Dank dem leitenden Arzte und seinem Mitarbeiter für die unermüdliche Aufopferung und die nicht geringe Vorbereitungsarbeit.

Allen Kollegen wünschen wir, daß jeder an einem solchen Kursus teilnehmen kann, und daß die Fortbildung der praktischen Aerzte in dieser Art weiterhin auch auf anderen Gebieten erfolgen kann.

Dr. med. Max Roth.

Schrotschüsse in Belgien.

Die Ergebnisse einer Untersuchung über die Franktireurfrage.

Von A. Fonck. (Erschienen im Verl. G. Stilke, Berlin.)

Fonck hat die Hauptkrankenbücher der deutschen Sanitätsformationen aus den ersten Kriegsmonaten in Belgien und den angrenzenden deutschen Gebieten auf Schrotschußverletzungen durchgesehen, sodann das Ergebnis an den Verlustlisten und Stammrollen der Truppenteile und an den Krankenblättern geprüft. Auf diese Weise stellte er 128 durch Schrotschüsse getötete oder verletzte deutsche Soldaten urkundlich fest, die deutschen Lazaretten zugeführt worden waren, und gibt ihre Namen

an; ebenso weitere 29 durch Schrotschuß getötete oder verletzte Soldaten, die nicht in Lazaretten behandelt wurden, da sie durch Schrotschüsse sofort gefallen oder bei der Truppe verblieben waren.

Es ist Fonck zuzustimmen, daß seine Zahlen nur einen Bruchteil aller schrotschußverletzten deutschen Soldaten darstellen, zumal nicht alle Urkunden des Krieges aus der fraglichen Zeit, z. B. die Truppenkrankenbücher, durchgesehen werden konnten.

Die Arbeit von Fonck verdient besonderen Dank, da sie einwandfreie urkundliche Beweise für den völkerrechtswidrigen belgischen Freischärlerkrieg bringt.

Die Belgier fürchteten schon vorher solche Ergebnisse, denn der Pater Lemaire, der ähnliche Untersuchungen angeregt hatte, äußerte den Verdacht, man habe deutscherseits selbst auf die eigenen Truppen mit Schrot schießen lassen, um den Glauben an einen Angriff der Bevölkerung zu erwecken. Deutsche Offiziere sollen zu solchem Zweck Schrotschußrevolver mit sich geführt haben. Daß ein belgischer Geistlicher einen solchen Gaunertrick erfinden konnte, spricht nicht dafür, daß er sich der hohen Sendung seines Berufes bewußt ist. Wir haben auch noch so viel Achtung vor dem besseren Teil des belgischen Volkes, der z. B. im Kriege deutsche Verwundete pflegen half, daß wir an eine baldige Bereinigung der Freischärlerfrage glauben wollen.

Das Ergebnis der urkundlichen Feststellungen über Schrotschüsse durch belgische Freischärler auf deutsche Soldaten, zu dem der Aufruf vom November 1929 in den medizinischen Zeitschriften beigetragen hat, straft die Ableugnung des belgischen Freischärlerunwesens durch die belgische Regierung Lüge.

Auch weiterhin ist es erwünscht, daß die Aerzte etwa noch vorhandenes Material über die ihnen zur Kenntnis gekommenen Verletzungen durch Schrotschüsse oder andere bürgerliche Waffen dem Reichsarchiv in Potsdam, Am Brauhausberg, zur Kenntnis bringen.

gez. Jungblut.

Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung des Kurpfuschertums.

Im unmittelbaren Zusammenhang mit dem 50. Deutschen Aerztetag in Köln findet am Montag, dem 15. Juni, 15.30 Uhr, eine Besprechung über Kurpfuschereifragen im Kongreßhaus, Rheinpark, statt. Die Gesellschaft bittet um zahlreichen Besuch der Kollegen, die den Aerztetag besuchen.

Dienstesnachricht.

Dem am 1. Juni 1931 wegen Erreichung der Altersgrenze in den dauernden Ruhestand tretenden, mit dem Titel und Rang eines Obermedizinalrats ausgestatteten Bezirksarzt Dr. Rudolf Braun in Kitzingen wurde die Anerkennung seiner Dienstleistung ausgesprochen.



Brunnenschriften sowie eine Zusammenstellung der ärztlichen Gutachten kostenlos durch das Fachinger Zentralbüro, Berlin W 8, Wilhelmstr. 55

Aerztjournal wird jederzeit auf Wunsch zugesandt.

Abhaltung eines Tuberkulose-Fortbildungskurses in Scheidegg.

In der Prinzregent-Luitpold-Kinderheilstätte Scheidegg i. Alg. findet unter Leitung von Direktor Dr. Klare in der Zeit vom 30. August bis 5. September 1931 der 12. Fortbildungskursus über die Diagnose und Therapie der Tuberkulose mit besonderer Berücksichtigung der kindlichen Tuberkulose statt. Anmeldungen für die Teilnahme an diesem Kursus sind an die Direktion der Heilstätte Scheidegg zu richten.

Die Landesversicherungsanstalt Oberbayern ist bereit, wie im vorigen Jahre, auf Ansuchen den im öffentlichen Fürsorgedienst (Kinder- und Lungenfürsorge) stehenden Ärzten in Oberbayern für die Teilnahme an diesem Fortbildungskursus eine Beihilfe — je nach den Gesamtkosten des Kursusteilnehmers bis zu 80 M. — zu gewähren. Gesuche sind an die Landesversicherungsanstalt Oberbayern in München, Holbeinstraße 11, zu richten.

Vereinsmitteilungen.

Aerztlicher Bezirksverein München-Stadt.

Betreff: Verordnung von Rauschgiften (§ 19 ff. der Verordnung vom 19. Dezember 1930; RGBl. 1930, I., S. 635 ff).

Die Herren Kollegen werden darauf aufmerksam gemacht, daß die Apotheker durch das Opiungesetz strengstens verpflichtet sind, nicht vorschriftsmäßig ausgefüllte Rauschgiftrezepte zurückzuweisen.

Der Verein der Apotheker Münchens hat seine Mitglieder angewiesen, allen Aerzten ein Merkblatt auszuhändigen, bei dessen Beachtung alle Mißhelligkeiten und Auseinandersetzungen, die bei unsachgemäßer Ausfertigung der Rezepte leicht zwischen Aerzten, Apothekern und Patienten entstehen können, vermieden werden.

Seiderer.

Mitteilungen des Münchener Aerztervereins für freie Arztwahl.

1. Die nächste **Mitgliederversammlung** des Vereins findet statt am Freitag, dem 5. Juni, abends 8 Uhr c. t., im Hörsaal der I. Medizin. Klinik, Ziemssenstraße 1a. Die offizielle Anzeige mit Tagesordnung ist in der heutigen Nummer des „Gelben Blattes“ enthalten.

2. Die Monatskarten für Mai sind am Montag, dem 1. Juni, bis spätestens nachmittags 5 Uhr auf der Geschäftsstelle abzugeben.

Die Auszahlung des Honorars erfolgt am Donnerstag, dem 11. Juni, auf der Bayer. Hypotheken- und Wechselbank.

Bücherschau.

Die Wochenhilfe. Kommentar zu den Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung über Wochenhilfe mit einem Anhang über die Wochenfürsorge von Dr. jur. Heinz Jaeger, Direktor des Städtischen Versicherungsamtes München. VII u. 114 S. 8^o. 4. Auflage. C. H. Beck. München 1931. Leinenband RM. 4.—.

Dieser Kommentar ist der Praxis schon seit der ersten Auflage unentbehrlich. Die Erläuterungen sind ebenso eindringlich und erschöpfend als klar und allgemeinverständlich. Ein Anhang enthält u. a. die gleichfalls erläuternden Bestimmungen über die Wochenfürsorge; ein ausführliches Sachverzeichnis erleichtert den Gebrauch. Das Werk ist unter sorgfältiger Berücksichtigung aller Gesetzesänderungen sowie der gesamten Rechtsprechung gründlich überarbeitet und wieder auf den neuesten Stand der Gesetzgebung gebracht worden. Es wird auch diesmal jedem, der sich mit diesem Rechtsstoff zu beschäftigen hat, ein in allen Fragen zuverlässiger Berater sein und sei daher allen Interessenten bestens empfohlen, insbesondere auch den Aerzten, die in den Organisationen tätig sind.

Allgemeines.

Arztwechsel in Dr. Wiggers Kurheim, Partenkirchen.
In die ärztliche Leitung des Sanatoriums Dr. Wiggers Kurheim, Partenkirchen, sind im laufenden Frühjahr neben Herrn Universitätsprofessor Dr. med. Kattwinkel noch die Herren Dr. med. Karl Recknagel und Dr. med. Reinecke eingetreten. Herr Universitätsprofessor Dr. med. Kattwinkel leitet, wie seit Jahren schon, vorwiegend die Abteilung für Nervenranke. Herr Dr. med. Karl Recknagel, früher klinisch und wissenschaftlich tätig bei Geheimrat Dr. Kerschensteiner (München) und lange Jahre Assistenzarzt der Med. Univ.-Klinik Jena und Privatassistent von Professor W. H. Veil (Jena), hat die Abteilung für Herz- und Stoffwechselranke übernommen sowie auch die Leitung des Laboratoriums, das mit den neuesten Apparaten zu physikalisch-chemischen Untersuchungen bei Herz- und Stoffwechselkranken ausgestattet wurde. Herr Dr. med. Reinecke, früher langjähriger Assistent und stellvertretender Oberarzt an der Medizinischen Klinik des Krankenhauses Altstadt, Magdeburg, unter Professor Otten und sodann an der Neurologisch-psychiatrischen Abteilung des Bürgerhospitals Stuttgart unter Professor Wetzel, wird vornehmlich die Leitung der Abteilungen für innere Krankheiten und funktionelle Störungen übernehmen. Die genannten Aerzte arbeiten in enger Verbindung und vertreten einander gegenseitig.

Die Reisevereinigung deutscher Lehrer usw. in Stuttgart, Birkenwaldstraße 46, teilt uns mit, daß diesen Sommer wieder drei der schönen Erholungsreisen nach Dalmatien (bis Cetinje) stattfinden, wozu unsere Leser eingeladen sind. Abfahrten: 14. Juli, 4. August, 15. September. Alles inbegriffen: 288 M. Da diese Reisen stets bald besetzt sind, bittet die Reisevereinigung um zeitige Anforderung der Prospekte und Anmeldung, die wegen Belegung guter Schiffsplätze notwendig sind!

Beschwerden

über unpünktliche Zustellung der „Bayerischen Aerztezeitung“ sind stets bei dem zuständigen Postamt oder beim Briefträger anzubringen.

Zur gefl. Beachtung!

Der Gesamtauflage der heutigen Ausgabe liegt ein Prospekt der Firma **Deutsche Pharmazeutische Gesellschaft Norgine M. B. H.**, Berlin W 50, über »Enzypan« bei.

Wir empfehlen diese Beilage der besonderen Beachtung unserer Leser.

Die Praxis berichtet von grossen Erfolgen



welche mit der vor kurzem neugebohrten Ueberkinger Adelheidquelle erzielt wurden, u. a. frappante Heilerfolge bei folgenden Indikationen:

Harnröhren-, Blasen-, Nierenbecken- und Nieren-Erkrankungen.

Ueber die eingehenden praktischen Versuche, welche in einem großen Krankenhause mit der

Ueberkinger Adelheidquelle

angestellt wurden, lesen Sie ausführlicher in der interessanten Druckschrift „Neue Wege zur Heilung von Erkrankungen der Nieren“. Wir haben auf Grund der außerordentlichen Heilerfolge, welche bei den Versuchen erzielt wurden, die Adelheidquelle hauptsächlich für die Verordnung durch die Herren Aerzte reserviert. Bitte verlangen Sie gleich kostenlose Zusendung der oben genannten Schrift von der

Mineralbrunnen A.-G., Bad Ueberkinger/Würt.

Wir bedienen die Herren Aerzte direkt zu Vorzugspreisen.

Generalvertretungen in München:

E. Kühles, Mineralwasser-Grosshandlung, München, Raspstrasse 6, Telefon 92200,
Friedrich Flad, Mineralwasser-Grosshandlung, München, Donnersbergerstrasse 60.
Kleinverkauf: Maximiliansplatz 23. Fernsprecher: 63000 und 92592.

An allen Plätzen Niederlagen.